

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN DE AYUDA QUE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ESTABLECE CON LOS PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN
LA UNIDAD CLÍNICA DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY**

Trabajo Presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería

Autoras:
García, Miriam
C.I.: 7.224.099
Laya, Lidia
C.I. 7.241.344
Trejo Darcy
C.I. 4.569.176

Tutora: Dra. María A. Lombardi

Maracay, septiembre de 2007

LISTA DE CUADROS

CUADRO N°	Pp.
1. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Interacción. Subindicadores: Rapport, Empatía y Confianza.....	51
2. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Comunicación. Subindicadores: Lenguaje Corporal, Uso del Silencio, Uso de la Palabra y Contacto Físico.....	53
3. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Aceptación. Subindicadores: Respeto, Comprensión y Autenticidad	55
4. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Apoyo. Subindicadores: Necesidades Físicas, Necesidades Emocionales y Necesidades de Educación.	57
5. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay, entorno a la Relación de Ayuda.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	Pp.
1. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Interacción. Subindicadores: Rapport, Empatía y Confianza.....	52
2. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Comunicación. Subindicadores: Lenguaje Corporal, Uso del Silencio, Uso de la Palabra y Contacto Físico	54
3. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Aceptación. Subindicadores: Respeto, Comprensión y Autenticidad	56
4. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Apoyo. Subindicadores: Necesidades Físicas, Necesidades Emocionales y Necesidades de Educación.....	58
5. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay, entorno a la Relación de Ayuda.....	60

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, sobre todas las cosas por darme la fortaleza y tolerancia, que necesito en todo momento, para poder alcanzar lo que me propongo, y por darme la oportunidad de culminar una etapa más de mi vida.

A mi madre, María García, aunque ya no estas conmigo físicamente, pero tu presencia espiritual siempre me acompaña, me diste lo mejor de la vida, ejemplo de mujer luchadora, inculcándome valores y consejos, dándome animo... gracias, por tu apoyo para lograr estar en ésta etapa, tan importante para mi.

A mis hijos Yuly Elizabeth y Eleazar, por tenerme paciencia y darme tiempo, amor, cariño y ser parte de mis sueños de mujer... Los quiero.

A mis hermanos: Janette, Dalila, Efraín, Judith y Noris, que siempre me mostraron y brindaron apoyo, durante mi periodo de estudio, a todos ellos les agradezco, por su presencia en todo momento, que cuando necesite de cada uno estuvieron allí, por ser como son... Los quiero y sé que siempre estarán conmigo.

A los profesores por brindarnos sus conocimientos, durante todo este período y a todas aquellas personas que de una u otra manera, me ayudaron para culminar ésta tesis.

Gracias, Gracias ...

Miriam

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, sobre todas las cosas por darme fuerzas, fortaleza y sabiduría, para alcanzar todas las metas y objetivos que me he trazado en la vida; especialmente ésta que estoy culminando.

A mi madre Augusta por darme apoyo emocional y económico en los momentos cuando lo necesite y por ayudarme a ser quien soy y llegar donde he llegado “Mamá te quiero mucho”.

A mi esposo Jhonny, por darme apoyo emocional, económico y espiritual, gracias por entenderme y ayudarme con los niños y en todo los momentos que fue necesario... Te amo.

A mis hijos: Jhorlennys y Jhonny... gracias, por comprender que en algunos momentos deje de atenderlos. Ustedes son lo más grande que Dios me ha dado... los amo sobre todas las cosas.

A mis hermanos y hermanas: Elio, Humberto, Hilda, Elizabeth y Lisbeth, por ser mis hermanos a los que quiero y especialmente a Hilda que junto a mi madre constituyó uno de los pilares que hicieron posible que éste donde he llegado y ser quien soy.

A mis compañeras Darcy y Miriam, por ponerle voluntad y corazón, junto a mi, para realizar este trabajo.

Gracias

Lidia.

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, grande, bondadoso, misericordioso, quien me lleno de amor, paciencia, fortaleza, espiritualidad y permitió la culminación de esta gran meta en mi vida.

A mi madre Pola, quien con su humildad, amor, me apoyo moral, físico y económico... gracias por brindarme ayuda en la terminación de esta meta.

A mi tía Juanita, quien con su amor me apoyo mucho.

A Oswaldo, quien con su amor, humildad, persistencia, apoyo físico, moral, intelectual y económico me ayudo de manera desinteresada... gracias, te quiero mucho.

A mis hermanos (as), cunados (as), quienes me incentivaron y acompañaron en mis momentos difíciles.

A mi pequeño retoño (sobrinito) Luís Alejandro quien llena de alegría mi corazón con su bienvenida a este mundo.

A mi amiga Carmen, difunta, quien ya no esta en la tierra; sino en la gloria de Dios, con generosidad, humildad, bondad me asesoró en el inicio de este trabajo y me apoyo en todo lo que pudo... gracias querida amiga.

A mis compañeras Lidia y Miriam, por apoyarme y aceptarme la elección del tema, las quiero mucho, gracias por su colaboración.

A los pacientes, que han enseñando a comprender y conocer al ser humano, desde el punto de vista holístico como ente biopsicosocial a través de mis años como profesional de la enfermería.

Gracias, mil gracias

Darcy Trejo

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso y su divina misericordia.

A Nuestros Padres

A Nuestros esposos

A Nuestros hijos (as)

A Nuestros sobrinos (as)

A Nuestros familiares... Tíos (as)

A Nuestros cuñados (as)

A la Lic. Leyla Ravello por aportar todos sus conocimientos para el aprendizaje de la cátedra de investigación.

A la Lic. Lilian Betancourt por su cariño generosidad, bondad, colaboración y apoyo prestado.

A la Lic. Elba Suárez por su apoyo, colaboración y generosidad y aporte de sus conocimientos.

A la Lic. Clara Esqueda por su colaboración amor, cariño y dedicación desinteresada en la culminación de la tesis.

A la Dra. María A. Lombardi, nuestra tutora por ser una de las personas que nos brindo su ayuda profesional en la aprobación de nuestro trabajo por su paciencia, constancia, comprensión y dedicación desinteresada mil gracias al fin.

A todas a aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible la culminación de este trabajo y carrera.

Al profesional de enfermería, médicos, pacientes y todo el equipo de salud que labora en el Hospital Central de Maracay, por su colaboración en nuestros estudios.

Al Divino Niño y San Judas Tadeo por su presencia en la Culminación de esta meta. Muchas gracias, Bendiciones.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



ACTA
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Relación de apellidos que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencias Adulto del Hospital Civil de Maracay

Presentados por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres:	<u>García, Mónica</u>	C.I. No.	<u>4.221.099</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Laya, Lidia</u>	C.I. No.	<u>4.241.344</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Lozano, Percy</u>	C.I. No.	<u>4.569.176</u>

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

Deciden: Aprobado

En Caracas, a los 12 días del mes de enero de 2007

Jurados.

Prof. Carlos Gómez
 C.I. N° 2.741.819

Prof. Lidia Abellán
 C.I. N° 5.894.084

Prof. Rubén López
 C.I. N° 3.969.645



Va sin emienda
 EFG/mm.-

TABLA DE CONTENIDO

	Pp.
DEDICATORIA	ii
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA DE CONTENIDO.....	viii
LISTA DE CUADROS.....	ii
LISTA DE GRÁFICOS	iii
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Formulación del problema.....	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos de la Investigación.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Justificación de la Investigación	8
II MARCO TEÓRICO.....	10
Antecedentes de la Investigación.....	10
Bases Teóricas.....	16
Bases Legales.....	¡Error! Marcador no definido.
Sistema de Variable.....	40
Definición de Términos Básicos	42
III MARCO METODOLÓGICO.....	44
Diseño de la Investigación	44
Tipo de Investigación.....	44
Población y Muestra.....	45
Métodos e Instrumento de Recolección de Datos.....	46
Validez	47
Técnicas de análisis de los datos.....	48
IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
Presentación de los Resultados	50

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
Conclusiones	61
Recomendaciones.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	73

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN DE AYUDA QUE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ESTABLECE CON LOS PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN
LA UNIDAD CLÍNICA DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY**

Autoras:

García, Miriam C.I.: 7.224.099

Laya, Lidia C.I. 7.241.344

Trejo Darcy 4.569.176

Tutora: Dra. María A. Lombardi

Año: 2007

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la relación de ayuda que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay, con la finalidad de conocer la situación real del profesional de enfermería, ubicándola primeramente en vertiente humana y seguidamente como un profesional calificado para las funciones asignadas. El trabajo se encuentra enmarcado en una investigación evaluativa sustentada por el trabajo de campo, descriptivo y documental. Por otra parte, la población objeto de estudio estuvo representada por treinta y seis (36) profesionales de enfermería que laboran en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay. Las técnicas de recolección de datos aplicadas fueron la observación directa y la revisión documental, siendo el instrumento aplicado la guía de observación. Los resultados obtenidos en el análisis estadístico permitieron identificar la ausencia de un acoplamiento real entre las necesidades de los pacientes y la atención que se de, por lo que es necesario incluir las condiciones del paciente con infarto al miocardio en la elaboración de los planes de cuidado a diseñarse. En la investigación se puede concluir que los profesionales de enfermería deberían precisar la atención adecuada, a pesar tener conocimiento de las necesidad e importancia del uso de estrategias de integración y comprensión del trinomio enfermera – paciente – familia. De igual manera es importante incrementar la supervisión que permite resolver el problema.

Descriptores: Relación de ayuda, pacientes con infarto al miocardio, Hospital Central de Maracay

INTRODUCCIÓN

En el sector salud son numerosos los factores que inciden en la persona desde el momento que ingresan a la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay por las condiciones de cambio del ambiente físico. Estas condiciones a su vez conllevan unas modificaciones, a consecuencia de los límites y restricciones que traen consigo las normas administrativas y técnicas, que atentan a la normalidad de la persona. La enfermedad, las intervenciones quirúrgicas, la práctica clínica, la aplicación de técnicas diagnósticas y tratamientos, representan amenazas significativas para el equilibrio integral del individuo. La ansiedad, bloquea la posibilidad de expresar los temores o miedos, dificultando la posible modificación de ella, en detrimento de su participación activa en todo el proceso de su enfermedad.

En este ámbito cobra importancia la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería y el paciente, ya que el profesional de enfermería facilitan a las personas, que adopten nuevas actitudes, sentimientos y comportamientos, que conozca otras posibilidades y obtenga una sensación de control.

La relación de ayuda es una de las funciones principales de los cuidados de enfermería, tanto en situaciones de crisis y enfermedad, esta es la relación que intenta hacer surgir, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del paciente y un uso más funcional de los mismos.

Ante esta realidad, se propone como objetivo de la investigación determinar la relación de ayuda que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay.

Para dar cumplimiento a los aspectos antes planteados, se estructuró el trabajo de investigación en cinco (05) capítulos principales que se describen a continuación:

El Capítulo I El Problema, contempla el Planteamiento del Problema, Objetivos y Justificación de la investigación.

En el Capítulo II Marco Teórico, se describen los antecedentes de la investigación, bases teóricas, las variables y su Operacionalización y la definición de términos básicos.

Por su parte, el Capítulo III Marco Metodológico, presenta el diseño y tipo de la investigación, área, población y muestra, Métodos de recolección de datos, procedimiento de validación y las técnicas de análisis de datos.

Adicionalmente, el Capítulo IV Resultados de la Investigación, describe los datos obtenidos de la aplicación del instrumento, basados en el análisis estadístico de la información.

Finalmente, el Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El infarto al miocardio es una enfermedad basada en la muerte celular de las miofibrillas causada por falta de aporte sanguíneo a una zona del corazón que es consecuencia de la oclusión aguda y total de la arteria que irriga dicho territorio. Ahora bien, la causa de la oclusión coronaria total, en la mayoría de los casos, es debida a la trombosis consecutiva a la fractura de una placa de ateroma intracoronaria independientemente del grado de obstrucción que causaba antes de su ruptura como es la angina inestable, mientras que en otras ocasiones es la resultante de un espasmo coronario intenso angina de Prinzmetal, que se prolonga en el tiempo, aún cuando no exista arterosclerosis coronaria.

Además es importante, reconocer que el infarto del miocardio también puede ocurrir cuando existe una obstrucción significativa de una arteria coronaria por una placa de ateroma y los cambios de tono normales de la arteria pueden ocluirarla completamente, con o sin ruptura de la placa, situación que genera cambios estructurales y bioquímicos irreversibles, por lo tanto, es necesario el conocimiento de la historia de vida personal del sujeto, de sus características de personalidad, de los recursos que habitualmente ha utilizado ante situaciones importantes que se le han presentado en la vida para poder abordarlo de manera más efectiva.

El alcance psicológico de este problema de salud está matizado y fuertemente influenciado por el miedo que la sociedad proyecta sobre dicha enfermedad. Este temor se fundamenta en la pérdida de control, vivenciada por el sujeto y en la propia muerte, por lo que su diagnóstico, suscita una imagen de soledad, abandono y desamparo. Es una "marca" sobre las relaciones habituales del paciente, su vida laboral y su vida personal en general, que quizás se haga más evidente en el caso de

pacientes con infarto en el miocardio. Desde el punto de vista cultural, ha sido siempre una enfermedad asociada al dolor intenso y sensación de muerte inminente luego de sufrir un infarto. La depresión y la ansiedad, son los síntomas más frecuentes en los pacientes, siendo por tanto una experiencia única, personal, con un carácter subjetivo en todas las etapas del proceso de la enfermedad.

En su adaptación influyen las actitudes, creencias, autoimagen, temperamento de cada individuo (características de su personalidad), el estilo de comunicación típica de la familia, la etapa evolutiva del ciclo vital familiar en que se encuentre ese grupo familiar, también lo que facilitará o no la proximidad de los integrantes del grupo para el cuidado del enfermo y las características del tratamiento como son el tiempo, la complejidad, los efectos adversos, el gastos que en general implica para la familia que el paciente se mantenga en la Unidad de Hospitalización.

En el tratamiento debe tenerse en cuenta el mantenimiento en lo posible de las redes de apoyo social del enfermo: interrelación con familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todos deben convertirse en verdaderas fuerzas para que él pueda vivir con calidad, mientras que la evolución de su enfermedad se lo permita. Este apoyo será más efectivo si se trasmite por mayor número de vías: visitas al domicilio, uso de personas significativas, es decir, que sufren el mismo problema y organización de grupos de autoayuda.

Por otra parte, la esencia de la Enfermería tiene como punto clave la ejecución de una serie de acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por enfermedades y contribuir a mantener la salud, ante esta situación las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan.

En otro orden de ideas, los profesionales de enfermería se deben preocupar por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las personas, centrándose en las

respuestas que se relacionan con el entorno, la situación social y dinámica familiar, lo cual implica que el profesional de enfermería debe dar un tratamiento integral en cualquier ámbito en que se desempeñe: comunitario, ocupacional, gerencial y clínico.

Por consiguiente, los profesionales de enfermería para ofrecer una atención oportuna al usuario que tiene a su cargo debe realizarle una serie de acciones de cuidados, en donde ejecute acciones físicas para mantener el bienestar tales como: baño, movilización, masaje, entre otros, los cuales van a depender de las condiciones de salud del paciente y acciones psico-sociales relacionadas a escuchar las opiniones del paciente, dar respuesta a sus preguntas, brindar un trato amable.

Además, también realizan acciones administrativas relacionadas con la planificación de los cuidados, en donde identifica las necesidades de los pacientes, elabora y cumple los planes de cuidador, se encarga de la resolución de los problemas concernientes al paciente, como: la jerarquización de sus problemas y la aplicación de medidas pertinentes.

Sin embargo, el rol de los profesionales de enfermería va más allá de la ejecución de las actividades, abarca la relación entre pacientes y profesional mediante el uso de una comunicación más afectiva, basada en la valoración de atributos humanos como el conocimiento del paciente, pensamientos, sentimientos, entre otros; que permitan la comprensión de las condiciones psicosociales del individuo en pro de su bienestar mental y físico. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2001), indica que:

Se calcula que el número de muertes provocadas por el infarto al miocardio aumentará un 50% durante los próximos quince años, para el 2020 podría haber más de diez millones de defunciones anuales a causa de esta enfermedad. (...) De momento, de los 35 millones de muertes por enfermedades crónicas que hay en el mundo anualmente, 16 millones se deben a problemas cardíacos y circulatorios. (Documento en Línea).

En Venezuela, el Ministerio de Salud y desarrollo Social (MSDS, 2001) a través de su Dirección de Cardiología, determinó que “en el país esta enfermedad se

perfila como un problema de salud pública que merece atención prioritaria tanto en el diagnóstico como en su tratamiento”. (p.49)

Ante la presencia de diferentes variables en el proceso de interacción de pacientes y profesional de enfermería durante su permanencia en las instituciones o tratamientos aplicados según la patología de su enfermedad, en especial del infarto al miocardio, se sugiere la determinación de la evaluación de la relación de ayuda que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en el Hospital Central de Maracay, como estrategia de acción a los requerimientos de atención integral de los pacientes.

El Hospital Central de Maracay es una institución que fue diseñada como hospital de referencia tipo IV, cuya función es brindar atención médica integral con una infraestructura de 8 pisos de hospitalización en especialidades como Área de Medicina Crítica, diálisis quirúrgica, gineco – obstetricia, pediatría, cirugía, traumatología y medicina interna. Dentro de esta estructura se encuentra el Servicio de Emergencia de Adultos el cual tiene una capacidad de 44 camas presupuestadas, sin embargo en la práctica pasan de 80 por la utilidad que se le da a las camillas ante el auge de pacientes que asistan dicho hospital en busca de una atención inmediata. Actualmente, la misión del servicio es garantizar el derecho a la salud de la población aragüeña.

Asimismo, en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Central de Maracay, se ha observado que los pacientes ingresados con dolor precordial, manifiestan en su cuadro clínico un franco estado de angustia, temor, miedo a la muerte y dolor situación similar reflejan sus familiares, quienes tienen que esperar en ocasiones solos, para ser atendidos por el médico sin tomar en consideración la urgencia necesaria, trayendo como consecuencia complicaciones, falta de asistencia oportuna, retrasos en los procesos de recuperación, así como el aumento de los niveles de ansiedad en los pacientes por desconocer el diagnóstico y la posibilidad incluso de morir.

Ante esta situación los profesionales de enfermería a través de sus cuidados y el establecimiento de una relación de ayuda se convierten en el eje clave de la aceptación de su situación y apoyo además de ser el medio de interacción más tangible entre el paciente y la atención médica y de enfermería brindada por la institución.

Por ello, es indispensable que esos profesionales se encuentren debidamente capacitados no solo en el diseño de planes investigación asociado a la aplicación de tratamiento y soporte médico, sino que estén en la posibilidad de establecer una relación de ayuda basada en elementos como la interacción, comunicación, apoyo, aceptación y dominio de las necesidades básicas del individuo, en especial de los pacientes con infarto al miocardio cuyas características son especiales.

Hecho el planteamiento anterior, se propone la evaluación de la relación de ayuda que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay, dando origen a las siguientes interrogantes: (a) ¿Cuál es el tipo de comunicación utilizado por el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio?, (b) ¿Cuál es el nivel de empatía entre los pacientes y familiares con el profesional de enfermería ? y (c) ¿De que forma se lleva a cabo el proceso de interrelación del personal de enfermería y los pacientes con infarto al miocardio?

Para dar respuesta a las preguntas planteadas se formula el siguiente problema de investigación ¿Cómo es la relación que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay, estado Aragua, durante el primer semestre del año 2007?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la relación de ayuda que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay

Objetivos Específicos

Identificar las relaciones de interacción entre el profesional de enfermería y el paciente con infarto al miocardio.

Determinar el tipo de comunicación utilizado por el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio.

Establecer las relaciones de apoyo entre el profesional de enfermería y el paciente con infarto al miocardio

Describir las relaciones de aceptación entre el profesional de enfermería y el paciente con infarto al miocardio.

Justificación de la Investigación

El sufrimiento que envuelve al paciente con infarto al miocardio desde el momento mismo en que se arriba al diagnóstico de la enfermedad y el número de personas aquejadas por este problema de salud, lleva a considerar que cualquier acción que se realice, resulte de suma importancia y va a ser recibida por el paciente como algo de gran valor, es por eso que surge la idea de abordarlo en la comunidad, en su propio ambiente y lo más próximo posible al momento en que su vida da un gran vuelco, sintiéndose amenazado y diferente, porque está enfermo.

La investigación se reviste de importancia, ya que ofrece a la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay un análisis de las actuaciones

de los profesionales de enfermería con referencia a la atención de pacientes con infarto al miocardio, de manera de corregir las deficiencias y fomentar las fortalezas de la relación de ayuda entre pacientes y profesional de enfermería de manera de dar correspondencia entre la calidad de atención exigida por la institución así como de sus usuarios, por medio del mejoramiento de su praxis y aplicación científica teórica para la atención de este tipo de pacientes.

Desde el punto de vista teórico refleja una descripción detallada las informaciones relacionadas con el infarto al miocardio, su desarrollo, factores de riesgos, tratamientos y diagnósticos, siendo en el aspecto principal el impacto psicológico sufrido por los pacientes y sus familiares.

Desde el punto de vista práctico, favorecerá el estudio de las interrelaciones existentes entre el paciente con infarto al miocardio y el profesional de enfermería como parte de su entorno y medio de desarrollo. En cuanto al aspecto metodológico, esta investigación presenta relevancia ya que permite estudiar la relación de ayuda que el profesionales de enfermería establecen con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico es el sustento teórico del estudio, ya que en el se plantea la integración entre la teoría y la investigación por medio del establecimiento de sus interrelaciones. Por su parte Palella, S y Martins, P (2004) comenta que el marco teórico:

Representa un sistema coordinado, coherente, de conceptos y propósitos para abordar el problema. Se le suele denominar de diversas maneras, marco referencial, marco teórico – conceptual, marco funcional de la investigación, marco de sustentación, marco estructural – conceptual, formulación teórica o marco conceptual (p. 54).

Es decir, el marco teórico es la parte de la investigación que permite ubicar dentro del contexto de ideas y planteamientos, el estudio que se aspira realizar, destacándose, la estrecha relación existente entre la teoría, la práctica, el proceso de investigación y el entorno.

Antecedentes de la Investigación

Las investigaciones consultadas para este trabajo son estudios que se adaptaron, con la finalidad de hacer firme la investigación y que fueron un aporte para sustentar el desarrollo del mismo. En este sentido, las autoras presentan seguidamente, obras y casos específicos donde se puede evaluar las contribuciones significativas en la determinación del tema desde el punto de vista analítico y metodológico.

Moreno, A.; Hernández, D. y Millán, Y. (2005) efectuó un estudio acerca de la " Comunicación Asertiva y su Relación con la Toma de Decisiones de la Enfermera de atención Directa", San Cristóbal, su objetivo era determinar la relación entre la

comunicación asertiva en su dimensión Técnicas de Comunicación y la toma de decisiones en su dimensión función administrativa. La investigación se enmarco en un diseño de campo, descriptivo, correlacional. La población considerada para la investigación fue el 100% de los profesionales de enfermería que laboraban en los Servicios de Hospitalización, Pabellón, Emergencia y Cuidados Intensivos del Centro Clínico de la ciudad señalada, así como los enfermos que se encontraban en los mismos. El instrumento de recolección de datos aplicado fue la observación directa y la encuesta, siendo el instrumento un cuestionario. De esta forma partiendo de sus resultados evidenciaron que no existía relación entre la comunicación asertiva y la toma de decisiones de la enfermera de atención directa.

No obstante, los resultados evidenciaron que los enfermos, debido a la falta de comunicación con el profesional de enfermería manifestaban ansiedad y dificultaban expresar sus necesidades, lo cual constituye un aporte para el estudio propuesto ya que comunicación terapéutica en enfermos hospitalizados contribuye a proporcionarle atención integral requerida.

Ávila, A.; Pérez, X. y Pinto, D. (2005) estudiaron la "Calidad de los Cuidados de Enfermería y su Relación en la Satisfacción de las Necesidades Básicas del Usuario", Carúpano.

El objetivo del mismo era dar a conocer la relación existente entre las variables indicadas, se sustentó en una investigación de tipo descriptivo, prospectivo, correlacional, de campo; la población estuvo conformada por 12 enfermeras de atención directa y 10 usuarios hospitalizados en el área de emergencia del Hospital "Dr. Santos Aníbal Dominicci", como instrumentos de recolección de datos aplicaron dos cuestionarios, cuyos resultados evidenciaron que la calidad proporcionada por enfermería es interferida por no realizar sistemáticamente las actividades que satisfacían las necesidades básicas de los enfermos.

El aporte de dicho trabajo está sustentado al demostrar que existe una relación directa entre la calidad de atención prestada por el profesional de enfermería y la satisfacción de sus necesidades básicas, entre ellas se encuentran las psicosociales,

donde la interrelación enfermera-enfermo es fundamental para proporcionar apoyo emocional y generar un ambiente estable para su recuperación.

Parra, B.; Peña, N.; Pinto, M. y Rosales, R. (2005) investigaron la " Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz" San Cristóbal, estado Táchira. El objetivo era determinar la existencia de elementos y factores lingüísticos que interfieren en la comunicación de la enfermera de atención directa, provocando rupturas o bloqueos en el proceso de transmisión de mensajes.

La población estuvo conformada por 20 enfermeras de atención directa, intensivistas; las cuales conformaron la muestra total, además de 60 enfermos conscientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, por otra parte se seleccionó el 20% de los mismos, quedando conformada la muestra por 12 enfermos. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación directa y la encuesta.

Los resultados evidenciaron la carencia de elementos lingüísticos que faciliten la comunicación entre ambos; la sobrecarga de trabajo interfiere en los vínculos comunicacionales, había carencia de expresiones del lenguaje no verbal lo cual bloqueaba la comunicación, así como desconocimiento por parte de las enfermeras del lenguaje terapéutico. Esta situación conllevó a recomendar el diseño de estrategias que propicien una mejor comunicación terapéutica.

Como se puede apreciar, el aporte de dicha investigación es importante ya que se relaciona directamente con el objeto de estudio, muestra la existencia de la relación entre ambas variables, por tanto se considera la forma de lenguaje verbal y no verbal dentro de las dimensiones de la investigación.

Fidez, J.; Trujillo, E.; Sacaluga, R.; Marchal. M.; Iglesias, M. y García A. (2004) realizaron un estudio sobre "El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de Enfermería" en España, su objetivo fue intentar clarificar cómo emplea el enfermero/ a de su entorno esta forma de contacto, así como los factores que influyen en el hecho de tocar a un enfermo en cualquiera de los centros

hospitalarios. Siendo el estudio descriptivo transversal, se llevó a cabo en los cinco hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud de la Provincia de Cádiz, por otra parte, se utilizó un cuestionario autocumplimentado, que se distribuyó al azar y se estratificó por hospitales y servicios, entregándose a los 710 profesionales seleccionados como muestra.

La técnica de recolección de datos aplicado fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados obtenidos fueron 85% de respuesta, de los cuales existía un número importante de profesionales que afirmaron haber sido poco o nada tocados en su adolescencia y eso se traduce en su poco hábito táctil tanto en familia como en sus relaciones sociales y con los enfermos. Aparecieron diferencias importantes entre las zonas más tocadas por los profesionales en las relaciones sociales y con los enfermos.

El aporte de esta investigación obedece a demostrar que una forma de comunicación es la no verbal, la cual incluye el contacto físico, como muestra significativa de afecto y amabilidad, aunque ello es una actitud aprendida, confirma que dentro en el proceso comunicacional los profesionales en enfermería deben aprender a manifestar sus sentimientos, y una de ellas es a través del contacto; punto importante para el estudio ya que estos enfermos debido a sus condiciones requieren de este tipo de comunicación.

Almada, D y Carrillo, E. (2004) presentaron una investigación titulado rol de la enfermera en el cuidado de pacientes y familiares que asisten al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de Maracay (HCM). Trabajo presentado en la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros.

El presente trabajo tuvo como objetivo principal evaluar el rol de la enfermera en el cuidado de pacientes y familiares que asisten al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de Maracay (HCM), con la finalidad de poner a luz pública la situación real del profesional de enfermería , ubicándola primeramente en la vertiente humana y seguidamente como un profesional calificado para las funciones asignadas dentro de los centros de asistencia social, específicamente el

HCM. El trabajo se encuentra enmarcado en una investigación evaluativa sustentada por el trabajo de campo, descriptivo y documental. Las técnicas de recolección de datos aplicadas fueron la observación directa, la encuesta y la revisión documental, siendo el instrumento aplicado el cuestionario.

Por otra parte, la población objeto de estudio estuvo representada por diez personas que laboran en el área de pediatría y treinta personas entre pacientes y familiares. Para el desarrollo de la investigación se realizó una evaluación de la situación actual del servicio de emergencia pediátrica, lo que permitió concluir que el personal debería manejar con libertad normas y criterios científicos que le permitan precisar la atención adecuada, a pesar de que el personal tiene conocimiento de las necesidades e importancia del uso de estrategias de integración y comprensión del trinomio enfermera – paciente – familia, siendo necesario incrementar la supervisión del área objeto de estudio.

Dentro de los resultados obtenidos en el análisis estadístico se pudo identificar la ausencia de un acoplamiento real entre las necesidades de los pacientes y la atención recibida, así como la necesidad de incluir las condiciones del paciente en la elaboración de los planes de cuidado.

Carpio, Z. y Quintero, W. (2004) realizaron un estudio titulado "Relación Interprofesional de enfermería y su Efectividad En Pacientes en La Unidad de Hospitalización, Cirugía y Traumatología del Hospital Militar "Cnel Elbano Paredes Vivas", Maracay; cuyo objetivo era determinar el nivel de las relaciones interpersonales de las enfermeras y su efectividad con enfermos hospitalizados en la Unidad Clínica referida.

El marco conceptual estuvo fundamentado en la comunicación y las relaciones de ayuda. Metodológicamente aplicaron un diseño de campo, de tipo descriptivo-prospectivo-transversal; el universo en estudio estuvo conformado por dos grupos: el profesional de enfermería que laboraban en la Unidad y los enfermos hospitalizados; la muestra por su parte la constituyó el 100% de la población (35 enfermeras y 35 enfermos).

Como instrumento de recolección de datos utilizaron dos cuestionarios respectivamente, cumpliendo con el proceso de validación y confiabilidad. Los resultados permitieron concluir que en las relaciones interpersonales entre ambos grupos existen factores de orden comunicacional (No verbal, barreras semánticas y psicológicas) que las limitan; no obstante, los enfermos están satisfechos por el apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería . Por tal motivo se recomendaron la continuidad de la educación en servicio que afianza los conocimientos y realizar talleres de Autoestima y Relaciones Humanas para que se desarrollen tanto personal como profesionalmente.

El apoyo de la investigación se sustenta en los resultados acerca de las relaciones interpersonales reflejan una relación considerablemente positiva, 70%, entre la comunicación establecida entre enfermera-enfermo y la satisfacción de las necesidades en cuanto al apoyo emocional proporcionado por los profesionales de enfermería, infiriendo de acuerdo a esto que los obstáculos en la misma generan problemas de apoyo emocional y satisfacción de las necesidades de los enfermos quienes se encuentran en condiciones de hospitalización.

Castillo, T (2002) estudió la " Influencia de algunos factores sobre la Calidad de Atención de Enfermería en Pacientes Adultos con Soluciones de Urgencias" en el Hospital Ruíz y Páez de Ciudad Bolívar, teniendo como objetivo determinar dicha influencia, partieron de una investigación de campo, descriptivo, transversal, prospectivo. Utilizando una población del 26% de la totalidad del profesional de enfermería y el 80% de los enfermos y dos cuestionarios como instrumentos de recolección de datos, sus resultados evidenciaron que el 80% de los usuarios no estaban satisfechos de la satisfacción de sus necesidades, el 97% del personal no mostraban respeto por la dignidad humana al momento de proporcionar cuidados al enfermo.

De esta manera determinaron que uno de los factores que afectan la calidad de cuidados es la relación interpersonal o la comunicación que se establece entre

enfermera-enfermo, lo que influye en la satisfacción de la atención prestada, objeto de estudio de la investigación.

Las investigaciones referidas son de importancia para el estudio ya que hacen planteamientos relacionados con la relación de ayuda y su relevancia en las relaciones interpersonales que se establecen entre el profesional de enfermería y los enfermos, la aplicabilidad de la comunicación no verbal y su papel en la satisfacción de las necesidades de los mismos, especialmente biológicas, psicológicas y sociales.

Cabe destacar, los aportes a la variable la calidad de los cuidados a los enfermos, las investigaciones evidencian la relación de ayuda con la calidad de cuidados, demostrando que la primera influye directamente en la satisfacción de las necesidades básicas de los enfermos.

Bases Teóricas

Balestrini, M (1998) expresa que las bases teóricas son “los conceptos en relación a las operaciones que representarán en la investigación, en términos de hechos observables” (p 99). Por otra parte Arias, F (2001) define las bases teóricas como la “ubicación del problema en un enfoque teórico determinado.” (p. 55). En función de las citas antes planteadas, se puede concluir que las bases teóricas son los soportes teóricos que sustentan la realidad de los hechos que serán investigados durante el transcurso de la investigación.

Relación de Ayuda

Bermejo, J y Carabias, R. (1998) definen relación de ayuda como “el ofrecer recursos a una persona para que pueda superar o afrontar sanamente una situación difícil o pueda dar un paso positivo de crecimiento personal” (p.4); esto se da mediante la interacción y la comunicación humana. Uno de los aspectos importantes que se deben fortalecer como experiencia en los profesionales de enfermería es lo referente a la satisfacción de las necesidades espirituales del paciente.

No obstante, la relación de ayuda que se establece entre el profesional de enfermería y los pacientes en diferentes momentos de las prácticas, es una oportunidad para el desarrollo de actitudes de intercambio y de diálogo, que debe ir más allá de las medidas diagnósticas y los fármacos, y el escuchar al enfermo se convierte en terapia eficaz, lo cual fortalece la relación de ayuda que tanto buscan para superar la enfermedad..

La espiritualidad o creencia espiritual, según Stoll, L. (2000), es “un concepto bidimensional entre lo trascendente: Dios o un Ser Superior que guía la vida de la persona y otra que se relaciona con su yo, el entorno y las demás personas” (p.2). Es decir, es el estado de funcionalidad del espíritu en lo personal, lo interpersonal y lo universal. La espiritualidad es una creencia basada en un poder superior, una fuerza creativa que busca el crecimiento moral o intelectual. La continua interrelación de esas dos dimensiones lleva a la necesidad espiritual, que para Stoll, L (ob. Cit) es “aquello que siente la persona para mantener, aumentar o recuperar creencias, la fe o llevar a cabo obligaciones religiosas con el fin de llenar vacíos que hay en su interior” (ob. Cit). Dentro de este contexto, la identificación de la Necesidad Espiritual, según Shelly J. y Fis, A. (2001)

En la mayoría de las personas se orienta hacia la búsqueda de un propósito o significado: necesidad de amar, de relacionarse y de perdonar. Ello tiene una indudable trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones de vida, modos de vida, estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte. (p.581)

Así, la espiritualidad abarca a toda la persona y está presente en las actitudes, comportamientos y relaciones, y por lo tanto se vive, ya que brota de una experiencia personal, lo que referencia el sentido de vida en las personas y su plenitud. La salud espiritual o el bienestar espiritual es un modo de vivir, un estilo de vida mediante el cual se ve y vive la vida como algo agradable y con sentido, que busca la oportunidad de enriquecerla.

La espiritualidad es un área que siempre se impacta de manera profunda a lo largo del continuo salud-enfermedad, la cual lentamente se recupera. Todo ser humano trata de satisfacer, entre otras, sus necesidades espirituales, para vivir la vida en toda su plenitud, y lo hace de muchas maneras:

1. Renovando la confianza básica de la vida, a fin de mantener la esperanza en medio de las pérdidas y las tragedias.
2. Descubriendo formas para moverse de la culpa a la reconciliación.
3. Desarrollando formas para sostener la autoestima a través del conocimiento de que es altamente valorado por un ser supremo.

Lo anterior ha servido de marco para que algunos profesionales de la salud, especialmente de Enfermería, hayan desarrollado modelos teóricos de atención Calixta Roy, Dorotea Orem, Hildegarde Peplau, entre otras, en los que se contemplan aspectos relacionados con ambiente, autocuidado, adaptación, sistemas de valores, concepción del ser, de los roles en la intervención que orienten, proporcionen y fomenten el progreso del paciente hacia la autorrealización, permitiéndole entender por lo que está pasando, mantener cierto control sobre los sucesos que le afectan, mantener su identidad y respeto por sí mismo, aceptar los resultados inevitables y sentirse bien consigo mismo.

En el lenguaje de los pacientes, muchas veces no verbal, es frecuente confirmar algunas somatizaciones que expresan experiencias relacionadas con pérdidas y separaciones o con situaciones inconclusas, con problemas de fidelidad y con conflictos interpersonales, de heridas ocultas, lo cual redundando en una incomunicabilidad que genera un inmenso sufrimiento, una infinita sensación de desamparo, de desvalorización que conduce a la soledad. Según Pallares (2006)

escucharlo es el primer paso para brindarle los cuidados relacionales o de acompañamiento, lo cual se trasluce en comprenderle en el sentido de su enfermedad en lo personal y familiar, relacionarse con su entorno,

clarificar su relación con el tratamiento y con quienes lo prescriben así, el paciente sentirá suficiente apoyo, estimará la relación de ayuda, descubrirá el sentido de la enfermedad, estará satisfecho y establecerá una relación recíproca con su médico, enfermera o cualquier miembro del equipo de salud. (p.49)

El apoyo tiene mucha importancia a la hora de afrontar los cambios de vida por enfermedades graves, y es bueno tener en cuenta las necesidades de los pacientes con infarto al miocardio como la búsqueda de un significado. Es importante ayudarlo promoviendo el acceso de personas que puedan proporcionarle cuidados a usar los recursos internos de modo más eficaz para afrontar la situación presente, facilitarle la expresión de los sentimientos, meditación, entre otras.

Por otra parte, cuando se fortalece al paciente con infarto al miocardio en esta necesidad, crece a nivel personal y se empieza a notar cambios en su vida diaria, participa en el tratamiento, lo cual es beneficioso para su recuperación, mejora la capacidad de relación y de compartir con los demás, demuestra serenidad interior, capacidad de valorar lo cotidiano y lo que aparentemente es intrascendente, reconoce el incomparable valor de su persona y la capacidad de maravillarse con la simplicidad, aceptando el problema y produciendo los cambios necesarios.

Es importante fortalecer desde temprano en los profesionales de enfermería las habilidades comunicativas básicas para transmitir aceptación y cordialidad libre de todo prejuicio, realizar ejercicios de expresión de sentimientos, análisis de valores que conduzcan a la aceptación respetuosa y auténtica de los pacientes. Así mismo, ejercitar el arte de escuchar, lo cual redundará en una mente y un afecto sincero. Así, sin lugar a duda, desarrollará competencias humanas para entender al ser humano no sólo como individuo biológico sino como ser social, ético y espiritual; conocerlo, entenderlo, considerarlo dentro del contexto de la enfermedad. Aprender a que no debe desarticular el cuerpo del espíritu, dado que esto es el verdadero sentido de las profesiones de la salud. Quien así ejerce procede dentro del marco de la ética humanista tal y como lo plantea la teoría de cuidado humanista de Peplau.

Es de hacer notar que dentro de la relación de ayuda y para efectos de la presente investigación se seleccionaron como indicadores determinantes en su empleo ante la atención de pacientes con infarto al miocardio, los siguientes: (a) interacción, (b) comunicación, (c) apoyo y (d) aceptación.

Relación Interpersonal

La relación interpersonal según Ros, L. (2003) consiste en “Es respetar al paciente como ser humano integral para lograr la satisfacción plena. Este aspecto de la calidad pone de manifiesto la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas y la actitud de los prestadores de servicios.” (p.36). Para su evaluación influye el establecimiento de una relación empática que refleje interés por ayudar al paciente a recuperar la salud; la amabilidad y la prontitud con que se le otorgue el servicio.

Joice Travelbec, citada por Marriner Tomey, A (2003) en su teoría Modelo de Relación de Persona a persona; define la enfermería como “un proceso interpersonal en el que el practicante profesional a prevenir o afrontar la experiencia que el provoca su enfermedad a estas experiencias” (p.425).

Es indudable que el paciente afectado por su infarto al miocardio, vive experiencias que le transforman su calidad de vida, su bienestar emocional, familiar, espiritual; ello exige un trato desde enfermería amoroso, cariñoso, empático basado en cuidado humano integral, individual, que le de significado a esa vida a través de apropiado relaciones interpersonales.

Asimismo, los profesionales de enfermería deben conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el servicio, mediante el cual el paciente puede externar su punto de vista. Las normas que rigen el manejo del proceso interpersonal surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas en general y entre los profesionales de la salud y sus pacientes en particular.

Cabe destacar, la calidad de la atención interpersonal de enfermería ha sido definidas por Ros, L. (2003) como

un proceso terapéutico e interpersonal que funciona en forma coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud para el individuo, la familia y la comunidad, por lo que podemos definir la calidad de la atención interpersonal de enfermería como: La relación de respeto y comunicación que se establece entre enfermera y paciente para lograr su satisfacción. El respeto debe ser a los pacientes, a su integridad y a su particular forma de pensar, a sus creencias y decisiones, evitando en nuestro trato: Gritar, criticar, insultar o regañar al paciente. (p.46).

La calidad de la atención interpersonal de enfermería debe incluir la atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente y la comunicación. La satisfacción del paciente se ha definido como la percepción que tiene éste de la atención que recibe e incluye: atención oportuna, amabilidad en el trato y comunicación.

Interacción

En términos generales, Niklas, L (1993) argumenta

La interacción puede ser entendida como la acción recíproca entre dos o más agentes. Y yendo más allá, al margen de quién o qué inicie el proceso de interacción, lo que interesa destacar es que el resultado es siempre la modificación de los estados de los participantes. (p.49)

No en balde, el concepto de interacción social se ha erigido como básico para las ciencias sociales y humanas, y ha permitido un avance muy destacado en campos del conocimiento como la psicología social, entre otros.

En este marco, el término de interacción hace referencia, antes que nada, a la emergencia de una nueva perspectiva epistemológica, ya que los procesos de comunicación entre seres humanos pasan a ocupar un lugar central para la comprensión de los fenómenos sociales. Todo esto se relaciona con la comprensión

de la persona como un ser social, un ser que sólo puede desarrollarse como ente de la sociedad a través de la relación de ayuda con sus semejantes.

Inevitablemente, en el estudio de la enfermería en el medio social, ésta se halla relacionada con los conceptos de acción e interacción. La acción social puede ser entendida desde la perspectiva positiva de Durkheim, E (1993) como “el conjunto de maneras de obrar, pensar y sentir, externas al individuo y dotadas de un poder coercitivo, en cuya virtud se imponen a él” (p.49). O puede ser entendida desde la perspectiva subjetivista de Weber, M (1977), en la medida en que “los sujetos de la acción humana vinculen a ella un significado subjetivo, referido a la conducta propia y de los otros, orientándose así cada una en su desarrollo” (s/n).

Por ello, la experiencia puede finalmente comprenderse a partir de la fusión de la óptica positiva y subjetiva, que se integran en el concepto más holístico de praxis social, desde la que todo conocimiento humano individual, inserto en el conocimiento social, está basado en las relaciones sociales de producción y transformación de la realidad, que han sido fijadas por los propios hombres en un proceso de desarrollo real y material de las condiciones históricas dadas.

Los seres humanos establecen relaciones con los demás por medio de interacciones que pueden calificarse como procesos sociales. Así, la comunicación es fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y que, al fin y al cabo, hace posible la interacción entre las personas. Y con ella, la existencia de las redes de relaciones sociales que conforman lo que denominamos sociedad. Esto equivale a decir que toda interacción se fundamenta en una relación de comunicación.

Según Cicourel, T (1989)

a partir de los procesos interpretativos los actores pueden comprender diferentes acciones comunicativas, reconocer las significaciones y las estructuras subyacentes de las acciones comunicativas, asociar las reglas normativas generales a las escenas de interacción vividas por medio del conocimiento socialmente distribuido, desglosar la interacción en secuencias. (p. 13)

Los elementos simbólicos son los que permiten hablar de la interacción social. Y dado que toda interacción social se fundamenta en la comunicación, es pertinente hablar de interacción comunicativa. Esta última, se comprendemos como un proceso de organización discursiva entre sujetos que, mediante el lenguaje, actúan en un proceso de constante afectación recíproca.

En este marco de reflexión, se debe entender a la comunicación como un modo de acción, esto es, como un modo de interacción entre personas, grupos y colectivos sociales que forman "comunidades". Así, las modalidades específicas de la interacción se erigen como la trama constitutiva de lo social. De ahí que en este trabajo se puedan usar como sinónimos los términos de interacción comunicativa e interacción social.

El análisis de la interacción entre el actor y el mundo parte de una concepción de ambos elementos como procesos dinámicos y no como estructuras estáticas. Así entonces, se asigna una importancia enorme a la capacidad del paciente para interpretar el mundo social y para actuar en él.

Lo dicho hasta el momento, permite considerar a la interacción como base de la comunicación, y ésta, a su vez, como principio fundamental de existencia de lo social. Siguiendo a Galindo, J. (2001)

la comunicación no sólo es una necesidad emergente, sino un estilo de vida, una cosmovisión, el corazón de la sociabilidad (...) La comunicación es efecto de un contexto ecológico de posibilidad, donde las diferencias se encuentran, pueden ponerse en contacto y establecer una estrategia para vincularse cooperando, coordinando, corepresentando. La comunicación es, antes que nada, vínculo, relación. (p.57)

Desde la psicología social, la interacción se ha abordado sobre todo con base a reflexiones sobre la llamada comunicación interpersonal, término que se contrapone a la comunicación mediada. Desde esta perspectiva, la comunicación interpersonal siempre es de doble dirección; su principal configuración es el "cara a cara", la proximidad entre emisores y receptores, o entre sujetos participantes en el proceso de

interacción. Pese a ser ésta la dimensión básica de la comunicación interpersonal, autores como Costa, J. (2000) hablan de otras dos dimensiones más dentro de este tipo de comunicación. Por una parte, estaría la comunicación interpersonal caracterizada por la distancia física entre los sujetos: “Es una intercomunicación lejana en la cual no hay cara a cara y el contacto personal requiere mediadores técnicos y sistemas interpuestos como el teléfono, el correo postal o electrónico” (p. 20).

En este sentido, el autor asimila este tipo de comunicación interpersonal a lo que en otros momentos se ha venido llamando únicamente comunicación mediada. Por otra parte, estaría lo que el autor denomina comunicación relacional, la cual se extiende de modo continuado, aunque necesariamente intermitente- en el tiempo, y que por esto mismo es diferente de las comunicaciones corrientes o generales, que son más numerosas y puntuales, pero menos implicantes porque no establecen nexos duraderos entre personas para lograr estos son importantes formar estrategias que permitan un apropiado rapport.

Rapport

Según Ros, L. (2005) el Rapport (la relación)

Es uno de los ingredientes imprescindibles para establecer una comunicación efectiva con los demás. Utilizamos la palabra "acompañar" para describir el proceso de acercarnos al modelo del mundo de la otra persona. Este proceso, utilizado de forma intuitiva por muchísimas personas, puede ser aprendido y practicado para mejorar la comunicación. (p.94)

Existen tantas vías diferentes de acompañamiento como experiencias sensoriales como se sea capaz de analizar y describir en el proceso de retroalimentar a la otra persona. Estas vías de retroalimentación o de acompañamiento han sido descritas de diferentes formas, como por ejemplo: (a) Postura corporal, movimientos y gestos; (b) Frecuencia y profundidad en la respiración, (c) Tiempo, tonalidad, ritmo

y volumen al hablar, (d) parpadeo y vías de acceso ocular y (e) patrones de lenguaje tanto visual, auditivo, kinestésico, olfativo como gustativo.

Por ello, si está reflejándose la postura corporal, la respiración y los gestos, es difícil que puedas también atender a la voz o a los patrones del lenguaje simultáneamente. En la práctica diaria, es importante ir aumentando poco a poco esas vías de acompañamiento hasta llegar al nivel de rapport deseado. El uso del rapport por el profesional de enfermería conlleva no sólo información sobre el contenido del mensaje pensado, sino también sobre cómo esa persona está procesándolo y qué sistema de representación está usando en ese momento. Escuchando, oyendo o sintiendo palabras y usando ese mismo sistema representacional para devolverle al otro, es otra preciosa forma de acompañar. Por ello, después de haber acompañado una conducta, se puede determinar si ha logrado el rapport simplemente cambiando la conducta y verificando si la otra persona en este caso los pacientes la siguen y estar siempre en disposición de acompañarse con el paciente.

Existen muchas áreas que se pueden acompañar: emociones, valores y creencias, aspectos culturales de la organización, o del país o de la región, metaprogramas individuales, procesos de líneas del tiempo, no sólo es beneficioso acompañar para buscar comprensión, sino que con el acompañamiento se consigue también hacer más agradable el propio proceso, tener acceso a nuevas perspectivas del mundo diferentes a las propias en búsqueda de hacer frente al paciente con infarto al miocardio acepte y se adapte a su nuevo proceso de salud – enfermedad.

Empatía

La empatía, del griego *εμπάθεια*, significa simpatizar, sentir en común. Para Galindo, J (2001) la empatía

Describe la capacidad de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona y de compartir sus sentimientos, lo cual puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones. Es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y

problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales. (p.28)

Las personas empáticas son aquellas capaces de escuchar a los demás y entender sus problemas y motivaciones, que normalmente tienen mucha popularidad y reconocimiento social, que se anticipan a las necesidades de los demás y que aprovechan las oportunidades que les ofrecen otras personas para estar con ellos y satisfacer sus necesidades. Nuevos estudios permiten suponer que existe una relación entre la imitación o simulación del comportamiento, por ejemplo el hecho de bostezar, y la capacidad a empatizar; incluso en el mundo animal se investiga la capacidad a empatizar como una ventaja de la evolución.

Ahora bien, cuando se desarrolla la empatía en la relación de ayuda con los pacientes infartados, las emociones de los demás resuenan en el profesional de enfermería, le permiten sentir cuáles son los sentimientos del otro en este caso del paciente, cuán fuertes son y qué cosas los provocan. Cabe destacar, que es una práctica difícil para algunas personas, pero en cambio, para otras, es tan sencillo que pueden leer los sentimientos tal como si se tratase de un libro.

Es importante aquí hacer una distinción entre la empatía y la simpatía. La simpatía es un proceso que permite sentir los mismos estados emocionales que sienten los demás, lo comprenda o no. La empatía es algo diferente: involucra las propias emociones en este caso del profesional de enfermería, y por eso se entiende cabalmente los sentimientos de los pacientes, porque se entiende además de comprenderlos de forma mental.

Por último, la empatía incluye la comprensión de las perspectivas, pensamientos, deseos y creencias ajenos. Según Ruiz, N (1997) “Ser una persona altamente empática puede tener sus desventajas. Una persona empática es muy consciente de todo un complejo universo de información emocional, a veces dolorosa e intolerable, que otros no perciben”. (p.19). Las personas que tienen empatía están mucho más adaptadas a las sutiles señales sociales que indican lo que otros necesitan

o quieren. Esto los hace mejores en profesiones tales como la enfermería, la enseñanza, las ventas y la administración.

Confianza

En sociología y psicología social, Costa, J. (2000) la define como “la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones” (p.25). De acuerdo con la mayoría de las teorías que abordan la relación de ayuda la confianza se trata de una suspensión temporal de la situación básica de incertidumbre para el paciente con infarto al miocardio acerca de las consecuencias de su enfermedad; gracias a ella, es posible suponer un cierto grado de regularidad y predecibilidad en las acciones sociales, simplificando el funcionamiento del paciente.

Esta explicación, típicamente funcionalista, corresponde a la orientación teórica de la mayoría de los autores que han abordado el tema; en la teoría estructural-funcionalista, la confianza se considera por lo general la base de todas las instituciones, y funciona como correlato y contraste del poder, consistente en la capacidad de influir en la acción ajena para forzarla a ajustarse a las propias expectativas. En el caso de los pacientes con infarto al miocardio, cuando se pierde la confianza, es por no saber que paso y como será su nueva vida a partir de su enfermedad. Bien el medio o la mala intención de la persona, fomenta la incapacidad de cumplir con lo prometido de forma continuada en el tiempo.

Comunicación

En sus acepciones más antiguas, el término comunicación hacía referencia a la comunión, la unión, la puesta en relación y el compartir algo. Esta definición, sin duda alguna, se aleja del asociar la comunicación casi automáticamente a la transmisión de información a través de un vehículo técnico: los medios masivos. Si

las primeras definiciones de comunicación apuntaban a esa dimensión más interpersonal, más relacional, en la actualidad parece que estas aproximaciones quedaron atrás y no son casi tomadas en cuenta en la reflexión comunicológica. Es por ello que nos parece pertinente iniciar este primer momento con una reflexión extensa acerca de la comunicación como interacción.

Es sabido que la comunicación puede entenderse como la interacción mediante la que gran parte de los seres vivos acoplan sus conductas frente al entorno. También se ha concebido a la comunicación como el propio sistema de transmisión de mensajes o informaciones, entre personas físicas o sociales, o de una de éstas a una población, a través de medios personalizados o de masas, mediante un código de signos también convenido o fijado de forma arbitraria.

Dentro de este abanico de posibilidades, se aboga por una definición general que entiende la comunicación como proceso básico para la construcción de la vida en sociedad, ya que el hombre ingresa al mundo en la relación por medio de la palabra esta hace su consideración como mecanismo activador del diálogo y la convivencia entre sujetos sociales. Desde esta perspectiva, hablar de comunicación supone acercarse al mundo de las relaciones humanas, de los vínculos establecidos y por establecer, de los diálogos hechos conflicto y de los monólogos que algún día devendrán diálogo. La comunicación es la base de toda interacción social, y como tal, es el principio básico -la esencia-, de la sociedad. Sin comunicación, diría Niklas L. (1993), no puede hablarse de sistema social

Todo lo que es comunicación es sociedad (...) La comunicación se instaure como un sistema emergente, en el proceso de civilización. Los seres humanos se hacen dependientes de este sistema emergente de orden superior, con cuyas condiciones pueden elegir los contactos con otros seres humanos. Este sistema de orden superior es el sistema de comunicación llamado sociedad. (p.15).

Tomando estas ideas en consideración, se puede decir que la sociedad y la cultura deben su existencia a la comunicación, ya que es en la interacción

comunicativa entre las personas donde, preferentemente, se manifiesta la cultura como principio organizador de la experiencia humana. En este sentido, la vida social puede ser entendida según Moreno, A. (1998) como “organización de las relaciones comunicativas establecidas en el seno de los colectivos humanos y entre éstos y su entorno” (p.14). De alguna manera, este enfoque propone imaginar el tejido social como una trama de interacciones que se integrará al significado que para cada ser humano tiene su realidad social de enfermedad en especial para el paciente con infarto al miocardio asociados con los tipos de comunicación utilizados por enfermeras y enfermeros en la emergencia para relacionarse con dichos pacientes, entre ellos, el lenguaje corporal, uso del silencio, uso de la palabra, así como el contacto físico.

Lenguaje Corporal

De acuerdo con Bermejo, J. (1998) El lenguaje corporal “es un término amplio usado para las formas de comunicación en los que intervienen movimientos corporales y gestos, en vez de (o además de) los sonidos, el lenguaje verbal u otras formas de comunicación” (p. 19). Este tipo de comunicación pertenece a la categoría de los paralenguajes, que describen todas las formas de comunicación humana no verbal por ello se hace referencia al lenguaje no verbal de aquí en adelante. Esto incluye los movimientos más sutiles e inconscientes, incluyendo el guiño y los movimientos leves de cejas. Además, el lenguaje corporal puede incluir la utilización de expresiones faciales y postura.

Adicionalmente, el paralenguaje ha sido extensamente estudiado en psicología social. En el discurso diario y la psicología popular, el término suele aplicarse al lenguaje corporal considerado involuntario, aunque la diferencia entre lo considerado lenguaje corporal voluntario e involuntario suele ser controvertida. Por ejemplo, Bermejo, J. (Ob. Cit.) comenta “una sonrisa puede ser provocada consciente o inconscientemente”. (p.20).

El lenguaje corporal requiere al menos tener en cuenta tres criterios básicos:

1. Cada comportamiento no verbal está ineludiblemente asociado al conjunto de la comunicación de la persona. Incluso un solo gesto es interpretado en su conjunto, no como algo aislado por los miembros de la interacción. Si es un gesto único asume su significado en cuanto gesto y en un cuanto que no hay más gestos.

2. La interpretación de los movimientos no verbales se debe hacer en cuanto a su congruencia con la comunicación verbal. Normalmente la intención emocional se deja traslucir por los movimientos no verbales, e intuitivamente somos capaces de sentir la incongruencia entre estos y lo que verbalmente se nos dice. La comunicación no verbal necesita ser congruente con la comunicación verbal y viceversa, para que la comunicación total resulte comprensible y sincera.

3. El último criterio de interpretación del sentido de la comunicación no verbal, es la necesidad de situar cada comportamiento no verbal en su contexto comunicacional con la finalidad siempre eminente de poder conocer y acompañar al paciente con infarto al miocardio en una adecuada relación de ayuda.

Uso del Silencio

La importancia del silencio en la relación de ayuda es subrayada por cada escuela psicológica, como por la común reacción de la gente. El uso del silencio de acuerdo con Bevia B y Cibanal J(1991)

es la piedra angular sobre que se basan todas las respuestas generatrices de ayuda. Según el lenguaje del análisis transaccional, la escucha es una de las caricias positivas más eficaces. Cuando uno se siente escuchado, sabe que vale ante los ojos de su interlocutor. (p.26)

El uso del silencio no es una actitud fácil, ya que involucra los sentimientos del profesional. Por esto, es justo hablar del escucha como de acto espiritual, que es imposible si la interioridad está ausente. La verdadera escucha es posible solo en el silencio de todo el resto. De acuerdo con Bevia B y Cibanal J(1991)

Acortar los tiempos de escucha, caer en la tentación de haber entendido todo, tener prisa o pretensiones, romper el fluir de las palabras del otro... sea también para decir que Dios lo ama y lo acoge, revela paradójicamente un modo para descalificar la vivencia de quien nos habla, para reducir o banalizar el valor existencial. Quien valora o aconseja sin haber escuchado por largo tiempo crea dependencia o arriesga comprometer la relación misma. (p.10)

Según lo planteado por las autoras el uso del silencio no puede ser confundido con el sentir, en que basta una tenue actividad de conciencia. Para la escucha es necesaria una actividad interior de interpretación de los contenidos y de los significados de las palabras: exige actividad interior de mucha reflexión, es por ello que el uso del silencio se asocia con la escucha actuando con toda la persona, con todas las facultades y, además, con la actitud, la mímica del rostro, la postura. Un segmento de la psicología, entre los más interesantes, sostiene que cada actitud es comunicación: algo siempre se comunica, también estando en silencio. Esto significa también atender antes de responder; algunos segundos de pausa permiten... aclarar la respuesta. Según Galindo (2001) el uso del silencio

Está particularmente interesado en las emociones y en los sentimientos comunicados o solo vislumbrados. El sentimiento, de alguna manera expresado, siempre es un signo, signo de la relación existente entre quien habla y el objeto de su discurso; por ser signo, el sentimiento es una fuente importante de información para entender el interlocutor y su mundo interior. (p.95).

Se puede, por tanto, decir que el uso del silencio o la escucha alcanza verdaderamente su eficacia cuando no se limita a recoger el contenido de la comunicación del otro, sino también las resonancias que tal contenido tiene sobre la persona que lo comunica. Dentro del área de enfermería la escucha activa, ofrece la oportunidad de oír al paciente y no el dialogo interior del profesional de enfermería.

Uso de la Palabra

Según Merida, A. (1998), “las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda” (p.35). Esta autora coincide en la importancia del uso de la palabra como una técnica en la relación enfermera – paciente como parte del proceso de ayuda durante su convalecencia o en situaciones donde el apoyo es lo más importante y un aliciente ante su situación.

Por su parte, Fontanals Ribas A, Colell Brunet R y Rius Tormo P (1998) en estudios realizados concluyen que “uno de los factores más estresantes para las enfermeras hospitalarias son las dificultades en la comunicación interpersonal” (p.16). De igual forma, las autoras antes mencionadas comentan que “el uso de la palabra es difícil de realizar pues se han desarrollado comportamientos estereotipados protectores que intentan evitar la amenazadora abertura hacia el otro” (p.19).

Sin embargo Adam (1991) citado por Fontanals Ribas A, Colell Brunet R y Rius Tormo P (1998) refuerza la idea de la importancia que “tiene para las enfermeras un programa de formación en relación de ayuda, pues sus beneficios son, no sólo para la relación enfermera-paciente, sino también para el desarrollo personal de la enfermera”. (p.47)

Según los autores antes mencionados, se resalta la importancia y la complejidad de esta relación de ayuda y la poca conciencia del profesional de enfermería en este campo. También se resalta la necesidad de preparación a través de programas de formación que deberían iniciarse en los estudios de enfermería dentro de las escuelas universitarias, donde se incluya el uso de las técnicas para favorecer la relación de ayuda entre la enfermera y los pacientes.

Contacto físico

Para Galindo, J. (2001) “Un abrazo, un beso o una caricia pueden comunicar mucho más afecto que las palabras en momentos de gran emoción. A veces hay que alentar a la familia a que tenga un mayor contacto físico con el enfermo, que tiene una gran necesidad de este tipo de comportamientos”. (p.48)

En muchas ocasiones, es este contacto el que permite que el paciente se desbloquee, deje de fingir que controla todo y que nada le preocupa y se permita llorar y expresar sus sentimientos. El contacto físico es una de las formas de comunicarse con pacientes infartados. Asimismo Ros, L. (2003) señala que el contacto físico

Permite explorar si el paciente se siente cómodo o no. Por otra parte, cuando el paciente tiene una baja autoestima puede rechazar estas manifestaciones por haber aprendido que tiene que ganarse las caricias, o que no es digno de ser querido. (p.41)

Es importante destacar, que también las actitudes antes descritas tienen que ser respetadas y utilizadas con delicadeza, ya que en ocasiones el paciente no admite el contacto físico y esto puede producir rechazo y malestar, si la enfermera no utiliza apropiadamente, dicha técnica de comunicación.

Aceptación

Dice Andrade, F (2005) sobre la aceptación que:

Hay que aceptar al otro con todas sus características, nos gusten o no, valorándolo como esa persona única que es, sin intentar amoldarlo a nuestros propios criterios. Esto resulta más fácil una vez que uno se ha aceptado a sí mismo. Se ha aprendido por propia experiencia que el camino al cambio pasa por la aceptación de lo que es. ¿Cómo podríamos cambiar algo sin conocer antes ese algo? (p.67).

Dentro de los pacientes infartos y su relación con los profesionales de enfermería la aceptación, implica, a veces, tener que aceptar la hostilidad, el enojo, la crítica peyorativa o cualquier reacción, con la finalidad de conseguir el cumplimiento de una relación de ayuda, como es el caso entre las enfermeras y los pacientes infartados. De igual forma el autor antes citado comenta

Es muy grande la tentación de corregir o de señalar errores cuando se estamos escuchando a alguien. Además, nos cuesta aceptar cada uno de los distintos aspectos que la persona nos está mostrando. Por muy disimulada que sea nuestra desaprobación, igual la persona puede percibirla. (p.48)

La situación antes descrita, ocurre de preferencia en los pacientes infartados, donde cualquier tipo de evaluación externa puede representar para algunas personas una amenaza, la que inhibe la expresión espontánea de sus sentimientos. Incluso una evaluación positiva puede sonar tan amenazadora como una negativa

Por ello, el éxito de la aceptación se encuentra en la libertad de juicios y evaluaciones que puedan mantenerse mediante una relación de ayuda apropiada entre enfermeras y pacientes, más fácil resultará para la otra persona llegar a la comprensión de que lo que más importa es su propio juicio. Entonces, es decir, al enfermera el paciente se sentirá libre para asumir su propia responsabilidad al manejar su vida o su situación actual. Cuanto más comprendido y aceptado se sienta, más fácil le resultará abandonar sus mecanismos de defensa y comenzar el camino hacia su propia recuperación en un momento de cambios muy profundos como son las patologías cardiovasculares, que amerita en el contexto de enfermería ser tratado con respecto, mostrando comprensión y autenticidad en la relación interpersonal.

Respeto

El respeto es una de las bases sobre la cual se sustenta la ética y la moral en cualquier campo y en cualquier época, según Naranjo, A. (2006) el respeto

es aceptar y comprender tal y como son los demás, aceptar y comprender su forma de pensar aunque no sea igual que la nuestra, aunque según nosotros esta equivocado, pero quien puede asegurarlo por que para nosotros; esta bien los que están de acuerdo con nosotros, sino lo están; creemos que ellos están mal, en su forma de pensar, pero quien asegura que nosotros somos los portadores de la verdad, hay que aprender a Respetar y aceptar la forma de ser y pensar de los demás. (p.71)

Pero no solo a las personas se les debe el respeto más profundo sino todo aquello que rodea el entorno, es decir, es aceptar y comprender a todas y cada una de los individuo como tal.

En la profesión de enfermería y en especial en la relación de ayuda, el respeto se basa en comprender a los pacientes a el humilde y al engreído, al pobre y al rico, al sabio y al ignorante, sin ninguna distinción, situándolos en el mismo lugar de comprensión y comprender su forma de ser pues se comprende que ese ser humano se merece toda tu atención, no importando su condición.

Comprensión

Para Nuñez, X. (2005) la comprensión es

“Un conocimiento "estructural" o sea integrado por elementos o miembros interrelacionados inseparablemente en una conexión global que nos brinda un "sentido" o significado humano referido a la comprensión real empática del investigador. No se trata de un conocimiento causal que explique con certeza desde "fuera" el origen de nuestras vivencias sino de un conocimiento motivacional que hace comprensibles desde "dentro" el origen de nuestras vivencias surgiendo de otras vivencias eslabonadas con las que simpatizamos covicenciando connaturalmente. (p.44)

En el campo de la enfermería, ambas conductas y vivencias siendo contrarias son comprensibles respecto al modelo comprensivo ideal y cada una será tanto más comprensible por la comprensión personal de los hechos que acontecen a diario, refiriéndose a la comprensión de estos psicológicamente.

Es cierto que la comprensión no es un instrumento de certeza, no da la medida exacta de ningún conocimiento de la conducta y de las vivencias. No hay conocimiento exacto de lo humano, de naturaleza cualitativa y cambiante en lo histórico esencial y en lo psíquico temporal.

La comprensión es un instrumento útil, sin ser exacto para el diagnóstico y para el tratamiento de los pacientes infartados durante su estadia en los centros de atención, queda claro que la comprensión no debe ser sólo ideal, sino real, científica o sea apoyada en los datos objetivos

La capacidad de comprensión, depende de la información, de las experiencias vividas y del conocimiento adquirido sobre un esbozo de la existencia. Además de la mayor o menor capacidad de empatía personal, la enfermera comprensiva, comprenderá más a los seres humanos en su infinita variabilidad cuanto más haya aprendido de sus experiencias.

Autenticidad

Según Andrade, F (2005) la Autenticidad

Exige el compromiso de ser sinceros y genuinos en la relación con el paciente. Esta actitud hace referencia también a nuestro lenguaje interior donde se dan lugar los sentimientos. Al colocarnos frente al paciente, al trabajar con él debemos prestar atención a los sentimientos que este trato nos genera para trabajarlos y adueñarnos de ellos de modo que no sean un impedimento en la relación. (p.79)

No en pocas ocasiones la enfermedad ocasiona sentimientos de impotencia, tristeza, indefensión que conviene canalizarlos. Por ello, los profesionales de enfermería a través de la relación de ayuda, debe mostrarse tal como es, sin pretender desempeñar un papel directivo, expresando en forma transparente sus sentimientos.

Los profesionales de enfermería, no debe mostrarse tranquilo y satisfecho cuando, en realidad, está enojado y descontento, evitando aparentar que conoce todas las respuestas cuando no es cierto. Todo esto implica que la persona tiene que

empezar por aceptarse a sí misma, para lograr aceptar a los demás con sus limitaciones.

El aceptarse a sí mismo es la consecuencia de la observación de sí, condición indispensable para que se empiece a producir un cambio en todo aquello que parece imperfecto. En el intento por descubrir su auténtico «yo», la persona necesita examinar los diversos aspectos de sus experiencias para poder reconocer y enfrentar las profundas contradicciones que a menudo descubre. Reconoce, entonces, que gran parte de su vida está orientada a ser lo que «debería» ser y no lo que en realidad es. Por lo general, ha estado respondiendo a exigencias o expectativas ajenas y no a sus verdaderos sentimientos. Se da cuenta que ha tratado de «comprar cariño» al comportarse como los demás esperaban que lo hiciera. Comprende que su conducta habitual es sólo una máscara, una apariencia tras de la cual procura esconderse. Tiene la impresión de que puede resultar peligroso o potencialmente nocivo mostrarse tal como se es.

Apoyo

De acuerdo con Sepúlveda y colaboradores (1998) el apoyo puede definirse “como la ayuda real o percibida que el individuo deriva de las relaciones interpersonales (familiares o de pares) tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica” (p.31). En vista de esto, el apoyo se ha utilizado en diversos sentidos: como red social, como contactos sociales significativos, como posibilidad de tener personas confidentes. También ha sido definido como la unión entre individuos o grupos para mejorar la competencia adaptativa para enfrentar los desafíos, tensiones y privaciones a corto plazo.

Según Sepúlveda y colaboradores (1998) “existen tres tipos de apoyo que parecen ser coincidentes en la diversa literatura: apoyo emocional, instrumental o tangible e informacional (p.33). El apoyo ha definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y disponibilidad de

alguien con quien hablar. Este tipo de apoyo aumenta la autoestima en las personas, al sentirse valorados y aceptados por los demás.

En el campo de las relaciones interpersonales, la percepción de apoyo es relevante en la medida en que la realidad que vive el paciente con infarto al miocardio es fundamentalmente una realidad percibida que pueden ser interpretadas como más o menos amenazante. En este sentido, el apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psíquicos después de un infarto al miocardio.

Sepúlveda y colaboradores (1998) refieren que “diversas investigaciones sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo” (p.33) lo cual permite inferir lo importante del apoyo para los pacientes con infarto al miocardio, dado que esperan de enfermería acciones para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y educativas.

Las necesidades humanas

Una necesidad significa algún estado interno que hace que ciertas manifestaciones parezcan atractivas, una necesidad no satisfecha crea una tensión, que origina ciertos estímulos dentro del individuo. Estos estímulos generan un comportamiento de búsqueda de metas específicas que de lograrse satisfacen la necesidad y llevarán a la reducción de la tensión. En la figura 1 Se observa las etapas del ciclo motivacional que implica la satisfacción de un necesidad, según Chiavenato, I. (1998).

Se puede decir que no existe una definición única o universal sobre la motivación, no obstante en la que si están de acuerdo los investigadores es en la conducta humana, que es energía de impulsos y deseos que conllevan al individuo a tomar acciones para satisfacer necesidades. (p115).

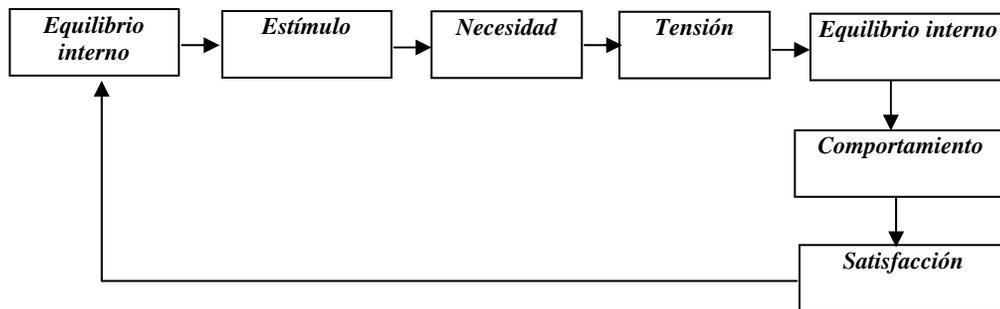


Figura 1. Etapas del ciclo motivacional. Datos tomados del libro Administración de Recursos Humanos de Chiavenato I (1998) p. 128.

Necesidades Físicas: Se relacionan con el funcionamiento normal del cuerpo e incluyen necesidades de agua, descanso, sexo, y aire. Mientras estas necesidades no sean satisfechas, una porción significativa del comportamiento de un individuo estará encaminada a su satisfacción. Por otra parte, si estas necesidades son satisfechas, el comportamiento se encaminan a satisfacer las necesidades de seguridad.

Necesidad emocionales: Consiste en el deseo que siente un individuo de ser respetado y generalmente se divide en dos categorías: Autorespeto y respeto a los demás. Mientras la necesidad de estima no son satisfechas continúan motivando la continuación del mismo, comportamiento sin embargo, una vez que son satisfechas, un individuo pone de relieve el satisfacerlas necesidades de autorrealización.

Por otra parte, el deseo de maximizar las necesidades cualquier potencial que posee el individuo. Por ejemplo, el director de una escuela que busque satisfacer sus necesidades de autorrealización se esforzará por convertirse en el mejor director posible. Las necesidades de autorrealización se encuentran en el nivel más elevado de la jerarquía de Maslow (p. 384).

Necesidades de Educación Incluye el deseo que siente un individuo de amor, compañía y amistad. En general esta necesidad refleja el deseo, de una persona de ser aceptada por los demás.

Sistema de Variable

Las variables representan las posibles variaciones a los que se puede enfrentar un proceso investigativo. Al respecto Arias, F. (1999) cita que las variables “sostiene cualidades susceptibles de medir cambio” (p.43) con la finalidad de direccional y localizar los aspectos de la realidad que se van a investigar en el presente estudio.

Variable Única: Relación de Ayuda que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio.

Operacionalización de las Variables

Definición Conceptual: Es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona con conflicto, que ofrece el marco adecuado para facilitar el desarrollo de las capacidades buscadas (Bermejo, J. y Carabias, R. (1998:85).

Definición Operacional: es la interacción que establece el profesional de enfermería con paciente infartado a través de las relaciones interpersonales con la finalidad de lograr el apoyo y la aceptación de las nuevas situaciones.

Tabla 1
Operacionalización de las Variables

Variable	Relación de ayuda
Definición conceptual	Es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto, que ofrece el marco adecuado para facilitar el desarrollo de las capacidades buscadas. (Solano M, Bermejo J (1998)
Definición Operacional	Es la interacción que establece el profesional de enfermería con el paciente infartado a través de la relación interpersonal con la finalidad de lograr el apoyo y la aceptación de las nuevas situaciones

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>Relación Interpersonal</p> <p>Consiste en el respeto dado al paciente como ser humano integral para lograr la satisfacción plena, empleando para ello la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas y la actitud de los profesionales de enfermería</p>	<p>Interacción: Comprende el proceso – método por medio del cual el profesional de enfermería y el paciente infartado y su familia intercambian y/o comparen información.</p> <p>Comunicación: Se refiere a las técnicas – método mediante las cuales el profesional de enfermería favorece la captación de las capacidades del paciente infartado y/o familia</p> <p>Aceptación: Se refiere a actitudes-posturas-disposición que ha de presentar el profesional de enfermería para aprobar los sentimientos y capacidades del paciente infartado y/o su familia.</p> <p>Apoyo: Se refiere a las acciones – hecho – acto que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y de educación en el paciente infartado y/o su familia</p>	<p>Rapport</p> <p>Empatía</p> <p>Confianza</p> <p>Lenguaje corporal</p> <p>Uso del silencio</p> <p>Uso de la palabra</p> <p>Contacto físico</p> <p>Respeto</p> <p>Comprensión</p> <p>Autenticidad</p> <p>Necesidades físicas</p> <p>Necesidades emocionales</p> <p>Necesidades de educación</p>	<p>1, 2</p> <p>3, 4</p> <p>5, 6</p> <p>7 -10</p> <p>11,12</p> <p>13,14</p> <p>15,16</p> <p>17</p> <p>18,19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22,23,24</p> <p>25,26</p>

Definición de Términos Básicos

Angustia. Inquietud, emocional, física o psíquicamente manifiesta, debido a transformaciones internas o externas que el sujeto desconoce.

Ansiedad. Concentración de la conciencia sobre un objeto; la atención prepara y orienta la percepción. La atención cualifica un momento del proceso total de la conducta en cuanto a calidad de persistencia del contacto del sujeto con los objetivos.

Calidad de la atención: en el área de la salud, los servicios deben responder a las necesidades de salud integral de los usuarios ofreciéndoles un trato respetuoso de su dignidad y con la mayor calidad técnica posible. El motivo de consulta debe ser resuelto oportunamente considerando costos accesibles. Un servicio de salud es de calidad cuando toma en cuenta el conocimiento que tienen los usuarios sobre sus propios procesos de salud, fomenta su autoestima y autonomía para decidir sobre su propio cuerpo, y propicia el conocimiento y ejercicio de su derecho a la salud. Asimismo, una atención con calidad y perspectiva de género promueve la participación equitativa y consciente de los varones en los procesos de salud sexual y reproductiva.

Compresión. Entendimiento de una situación, objeto, acontecimiento o enunciación, así como de los símbolos y pensamientos de ello implícitos. En el niño la comprensión funda sobre la fusión afectiva de todos los momentos y el sin número de estímulos que a través de juegos y actividades de la madre. El intuicionismo postula que la mente aprende directamente el objeto merced a la intuición.

Confianza. En la teoría de la interferencias se entiende por confianza de grado hasta el cual la misma prueba o procedimiento suministrará idéntico resultados, ya sea a lo largo del tiempo o realizando observaciones diferentes.

Gestos. Comportamientos no verbales que exteriorizar lo que ocurre en el interior de la persona pueden utilizarse de forma intencional o inconsciente.

Interés. Atención a un objeto que se atribuye un importante valor subjetivo. Por parte, del observador. Es relativamente constante, adquiriendo y puede influir

en la motivación hacia determinadas tareas o actividades que conducen a su realización.

Seguridad. En el modelo de personalidad de cinco factores de Fiske y Cristal uno de los factores de la personalidad. Los adjetivos que definen este factor en el polo positivo.

Sentimiento. Contenido de una vivencia que se asocia a una actitud personal y en la mayoría de casos, a una marcada tonalidad de placer o displacer. Los sentimientos tienen relación con el estado de ánimo, pero esta tiene un curso más prolongado.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tamayo y Tamayo, M (2001). Plantea que la metodología “Constituye la medula del plan; se refiere a la descripción de las unidades de análisis, o de investigación, las técnicas de recolección de datos, los instrumentos y las técnicas de análisis”. (p.114). Es precisamente este conjunto de técnicas conocidas, como metodología de la investigación que va a proporcionar confiabilidad y credibilidad al resultado final de la investigación. En ese sentido, el capítulo describe

Diseño de la Investigación

El estudio está enmarcado en el diseño no experimental debido a que la investigación se debe a fenómenos los cuales son obtenidos y analizados para lograr los objetivos de la misma. Al respecto, Palella, S. y Martins, P. (2004) comenta que la investigación no experimental es la “que realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no varía intencionalmente las variables independientes” (p.81). Por lo tanto, en el diseño no se construye una situación específica sino que se observan las que existen, las variables independientes.

Tipo de Estudio

En cuanto al nivel de la investigación, es transversal o transeccional según Palella, S. y Martins, P. (2004) “este nivel de investigación se ocupa de recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único. Si finalidad es la describir las variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado, sin

manipularlas” (p.88). Es decir, la información será recolectada directamente donde el lugar de los acontecimientos en un solo tiempo y momento determinado.

Dicha investigación está enmarcada en una investigación de campo de tipo descriptivo. De acuerdo al Manual de la UPEL (2004), define investigación de campo como:

La investigación de campo es el análisis sistemático de problemas en la realidad con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidas o en desarrollo. (p. 5).

Es importante señalar, que las investigaciones de campo persigue fines más directos e inmediatos para poder elaborar un plan de desarrollo o las causas que provocan el hecho, ya que los datos serán recogidos directamente del lugar donde surge la problemática. Además, se puede decir que el análisis sistemático de cualquier problema o propósito es explicar sus causas y efectos, es decir entender sus naturaleza y describirlo.

Para Hernández, T., Fernández S. y Baptista P. (1998), "El propósito de los estudios descriptivos es aplicar situaciones o eventos, donde se eligen una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente de manera de describir lo que se investiga" (p. 60). Basado en lo antes expuesto, se puede decir, que es descriptivo porque se lleva a cabo a través del análisis del problema estudiado y descubrir objetivamente tales hechos o situaciones importantes que llevara a los resultados esperados

Población y Muestra

En toda investigación es importante identificar la población total que se someterá a estudio. Por ello, una población está determinada por sus características

definitivas, por tanto, el conjunto de elementos con características similares es una población o muestra.

Al respecto Méndez, C. (2001) expresa que “la población es el conjunto de todas las cosas que circundan con una serie de especificaciones, la cual se estudia y da origen a los datos de investigación (p.120). En este sentido la población objeto de estudio estuvo conformada por los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Central de Maracay, la cual está comprendida por treinta y seis (36) enfermeras de ambos sexos, con cargo de enfermero I y II que cumplen funciones asistencial, la muestra fue conformada por el 100% de la población en estudio.

Métodos e Instrumento de Recolección de Datos

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos, son las herramientas y los procedimientos a través de los cuales se adquiere la información necesaria para el desarrollo de todo trabajo investigativo.

Para la recolección de datos las investigadoras se apoyarán las siguientes técnicas: Observación directa, esta según Tamayo y Tamayo, M. (2001), expresa que Observación directa “es aquella en el cual el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación”. (p.99). Este tipo de técnica se caracteriza por la planificación y sistematización. La Observación directa se refirió y orientó a la recolección de datos e información cuantitativa de la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital Central de Maracay (HCM), con la finalidad de conocer sus características y aspectos más importantes.

El registro de observación documental se estructuró sobre la base de una guía de observación referente a la relación de ayuda que el profesional de enfermería establece con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay. Según Flames, E. (2001) “la

guía de observación permite la obtención directa de las personas y/o fuentes primarias de las informaciones, datos o aspectos relevantes de un tema objeto de estudio” (p.36).

De acuerdo con lo expresado por este autor, la guía de observación fue el instrumento aplicado para la obtención de datos, la cual fue aplicada al profesional de enfermería durante su interacción con los pacientes infartados..

Validez

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que, un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Para hacer de los instrumentos una fuente de información objetiva y asegurar la veracidad del mismo, se sometió a la técnica de juicio de experto, que consistió en presentar la guía de observación a varios profesionales en las áreas de metodología, contenido y diseño del instrumento para verificar si este cumplía con los objetivos planteados en la investigación, logrando de esta manera perfeccionar y adecuarlos a las necesidades del presente trabajo.

Es importante destacar, que la guía de observación fue presentada a cuatro licenciadas en enfermería, un médico y un metodologo.

Confiabilidad

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998) menciona que la confiabilidad “se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p. 235). La confiabilidad se realizó a partir de la definición operacional de los indicadores, descritos en el cuadro de variable. Sin embargo, dada que posibles observaciones se agrupaban en respuestas si o no, es decir dicotómicas se aplicó fórmula del coeficiente de Kuder y Richardson, lo que indicó de forma estadística si la guía de observación era confiable La fórmula del coeficiente de Kuder y Richardson es la siguiente:

$$KR_{20} = \frac{K}{K-1} \times \frac{S_t^2 - Pxq}{S_t^2}$$

Donde:

K = Número de ítems;

S_t = Varianza de los puntajes totales;

P = Porcentaje de alternativas afirmativas (1), y;

q = Porcentaje de alternativas negativas (0).

La formula se aplicó luego del cálculo de la media aritmética y la varianza (Ver Anexos). Obteniéndose como resultado el 0,80, lo que enmarca según Kuder y Richarson (2000) un confiabilidad alta.

Tabla 2
Rango y Magnitud

Rango	Magnitud	Rango
0,81	1	Muy Alta
0,61	0,80	Alta
0,41	0,60	Moderada
0,21	0,40	Baja
0,01	0,20	Muy Baja

Fuente: Kuder y Richardson (2000).

Procedimiento para la Recolección de Datos

Cabe destacar que el instrumento empleado para la recolección de los datos fue la guía de observación, la cual estuvo conformada por veinte y cuatro afirmaciones con respuestas de alternativas dicotómicas (Si – No) las cuales fueron resueltas de acuerdo con las actuaciones presentadas por el profesional de enfermería durante el proceso de observación, está se aplicó en una sola oportunidad a los elementos muestrales seleccionados.

Técnicas de análisis de los datos

Para llevar a cabo la tabulación de los datos se elaboraron cuadros de frecuencia, con los cuales se registró la información suministrada, y se obtuvo luego datos en términos cuantitativos o porcentuales. Dicha información estuvo sujeta a un análisis de contenido con la finalidad de lograr una interpretación de todas y cada una de las respuestas. Además, se hizo referencia a la estadística descriptiva, en la cual, las investigadoras se apoyaron para el análisis de las preguntas, técnicas utilizadas por considerarse la más adecuada.

Según Sierra (1995) “Se basa en la descripción y análisis estadísticos de una población directamente, sin pretender extender a generalizar sus resultados y conclusiones a otras poblaciones distintas o más amplias” (p.54). Esta estadística descriptiva permite presentar la información en forma conveniente, útil y comprensible de los datos obtenidos en una investigación, facilitando el análisis de los resultados obtenidos. Las técnicas para el procesamiento de la información son aquellas que permiten a las investigadoras hacer un análisis de los mismos. Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (1998) señala que “las tablas de frecuencia son un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías” (p.550).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación de los Resultados

En este capítulo se procede a organizar la información obtenida, con la finalidad de dar respuestas a los objetivos e interrogantes planteadas en el estudio, se presentan en forma porcentual, tomando en cuenta los objetivos de la investigación en función de las variables, medidas a través de ítems que responden a los indicadores. En la investigación, una vez recopilada, organizada, tabulada la información, se presentan mediante cuadros y gráficos en los cuales se reflejan las frecuencias absolutas y relativas de cada variable, luego se interpreta el comportamiento de cada categoría en cada una de las variables en estudio.

A fin de presentar la información recolectada, se introducirán en este capítulo técnicas graficas para la presentación de los datos. Estas técnicas graficas, están relacionadas, con cuadros estadísticos o ilustraciones como son diagramas circulares, los cuales permitirán ilustrar de forma clara y precisa los datos estudiados, atendiendo a las características de los mismos y al conjunto de variables que se analizan.

El análisis estadístico, es el descriptivo, a objeto de resumir y comparar las comparaciones que se han evidenciado en relación a las variables estudiadas, y al mismo tiempo describir la asociación que pueda existir entre alguna de ellas, desde las perspectivas de las interrogantes planteadas en este estudio.

Cuadro 1. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Interacción. Subindicadores: Rapport, Empatía y Confianza

Ítems	Si		No	
	F	%	F	%
Rapport	16.5	45.83	19.5	54,17
Empatía	13	36,11	23	63,89
Confianza	12	33,33	24	66,67

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2006)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados de la guía de observación se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

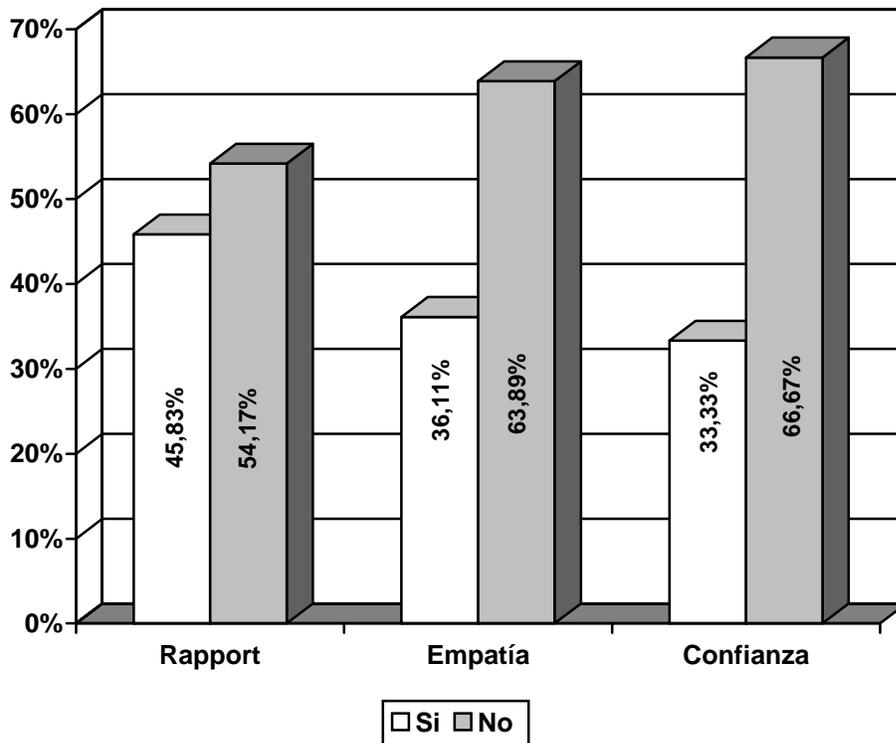
Rapport. Se puede indicar, que según los valores promedios obtenidos de cada uno de los ítems correspondientes a este indicador, se puede establecer que el 54.17% de las personas observadas consideran la poca interacción, específicamente de Rapport en la relación de ayuda entre el profesional de enfermería y los pacientes con infartado al miocardio, aún cuando el 45,83 demostró lo contrario, por lo que es evidente la necesidad de tomar acciones para mejorar la interacción, como parte del proceso de relación de ayuda que debe ofrecer el profesional de enfermería a los pacientes.

Empatía. Partiendo de los valores promedios obtenidos para este subindicador se puede indicar que el 63,89% del personal observado no maneja la empatía durante el proceso de interacción con los pacientes infartados, dejando claro las deficiencias de las actuaciones del profesional de enfermería.

Confianza. El análisis de los valores promedio del indicador, se deduce que el 66,67% del profesional de enfermería no transmite confianza durante la relación de ayuda con el paciente infartado al miocardio, aún cuando el 33,33% restante si lo

considera de esa forma, es necesario reducir esta minoría mejorando la calidad en la atención del profesional de enfermería a los pacientes.

Gráfico 1. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Interacción. Subindicadores: Rapport, Empatía y Confianza



Fuente: Cuadro 1.

Cuadro 2. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Comunicación. Subindicadores: Lenguaje Corporal, Uso del Silencio, Uso de la Palabra y Contacto Físico.

Ítems	Si		No	
	F	%	F	%
Lenguaje Corporal	13,75	38,18	22,25	61,80
Uso del Silencio	16	44,44	20	55,56
Uso de la Palabra	15	41,67	21	58,33
Contacto Físico	16	44,44	20	55,56

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2006)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados de la guía de observación se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Lenguaje Corporal. Según los resultados promediados se puede indicar que el 61,80% del profesional de enfermería observado no toma en consideración el lenguaje corporal de los pacientes, al momento de brindar apoyo durante la relación de ayuda, aun cuando el 38,18% restante si lo considera de esta forma, dejando claro el descuido existente en el profesional de enfermería entorno a la influencia de las posturas y expresión corporal a la hora prestar servicios a los pacientes infartados.

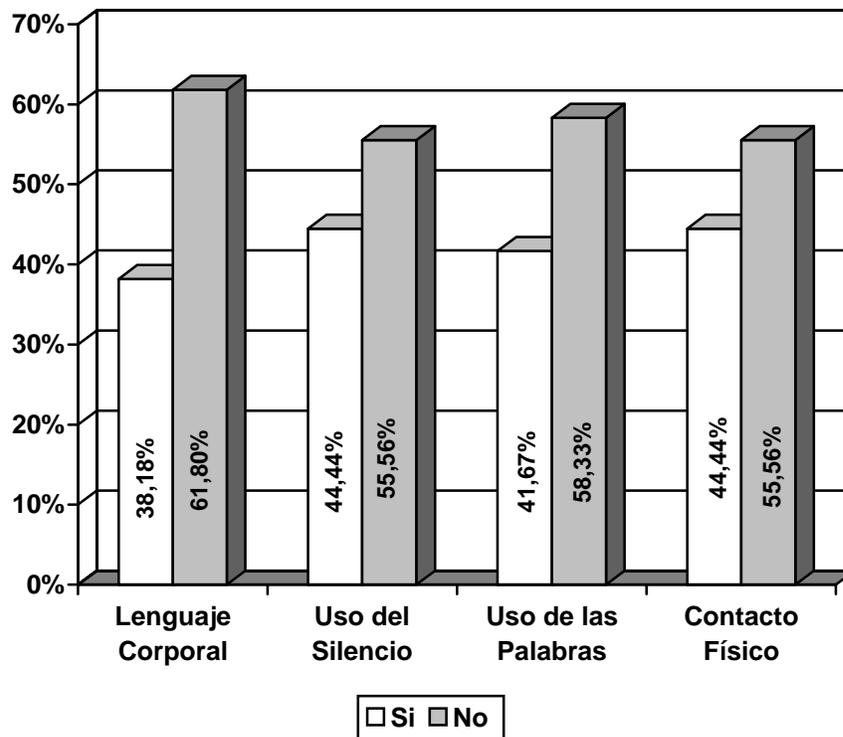
Uso del Silencio. Es evidente que el 55,56% de los profesionales de enfermería durante su proceso de comunicación con el paciente, no guarda silencio a la hora de escuchar los planteamientos del paciente, sin embargo una minoría representativa si lo emplea, demostrando la necesidad de fomentar este valor en la formación de los nuevos profesionales.

Uso de la palabra. Es evidente que el 58,33% de los profesionales de enfermería observados no emplean un tono de voz agradable ni prestan la debida atención a las

preguntas que se les presentan a los pacientes, dejando claro la ausencia del uso de la palabra por parte de estos profesionales.

Contacto Físico. Según los valores promedios de este indicador el evidente que el 55,56% del profesional de enfermería no utilizan el contacto físico como forma de comunicación con el paciente infartado, dejando sin efecto este recurso tan importante en la relación de ayuda entre la enfermera (o) y el paciente.

Gráfico 2. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Comunicación. Subindicadores: Lenguaje Corporal, Uso del Silencio, Uso de la Palabra y Contacto Físico



Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Aceptación. Subindicadores: Respeto, Comprensión y Autenticidad

Ítems	Si		No	
	F	%	F	%
Respeto	0	0	36	100
Comprensión	9	25	27	75
Autenticidad	16	44,44	20	55,54

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2006)

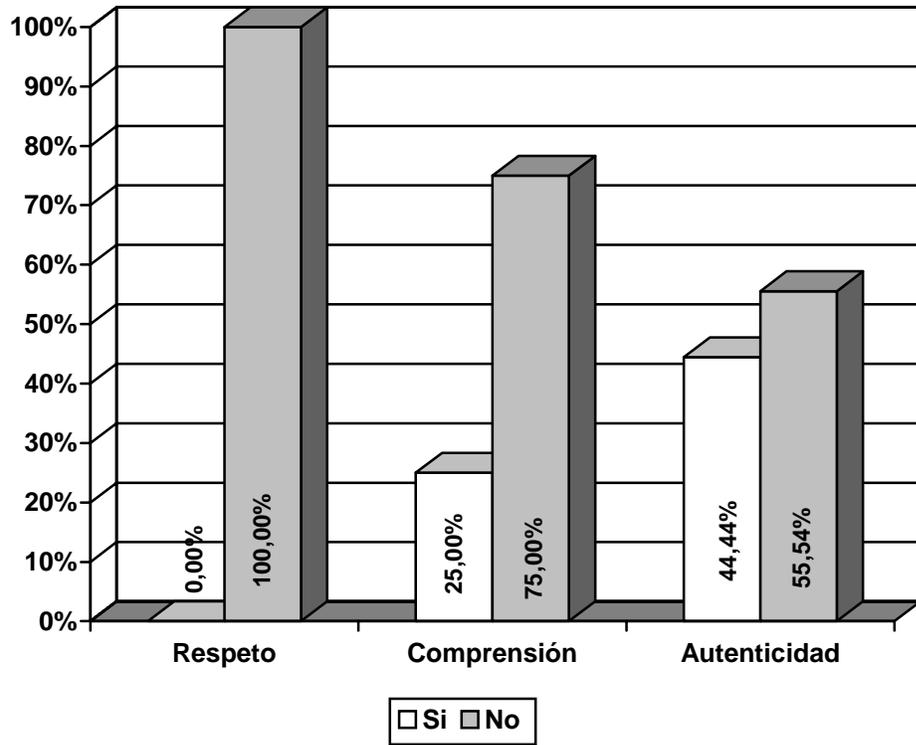
Análisis e Interpretación

Respeto. Luego de aplicada la observación se obtuvo que el 100% del profesional de enfermería no admiten los planteamientos hechos por el paciente infartado, dejando aun lado la comprensión e interrelación con el paciente durante su estadía en la unidad.

Comprensión. Partiendo de los valores promediados, se pudo conocer que el 75% del profesional de enfermería no utiliza la comprensión como un elemento de aceptación del paciente durante su relación de ayuda, aspecto que debe fomentarse para mejorar la calidad de la atención de los pacientes infartados por parte del profesional de enfermería.

Autenticidad. En función de la observación efectuada se determino que el instrumento se obtuvo que el 55,54% de los profesionales de enfermería no reconozcan los sentimientos que manifiesta el paciente infartado, mientras el 44,44% restante opino lo contrario. Las tendencias demuestran la necesidad de incluir en la formación profesional las relaciones humanas.

Gráfico 3. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Aceptación. Subindicadores: Respeto, Comprensión y Autenticidad



Fuente: Cuadro 3.

Cuadro 4. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Apoyo. Subindicadores: Necesidades Físicas, Necesidades Emocionales y Necesidades de Educación.

Ítems	Si		No	
	F	%	F	%
Necesidades Físicas	0	0	36	100
Necesidades Emocionales	0	0	36	100
Necesidades de Educación	0	0	36	100

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2006)

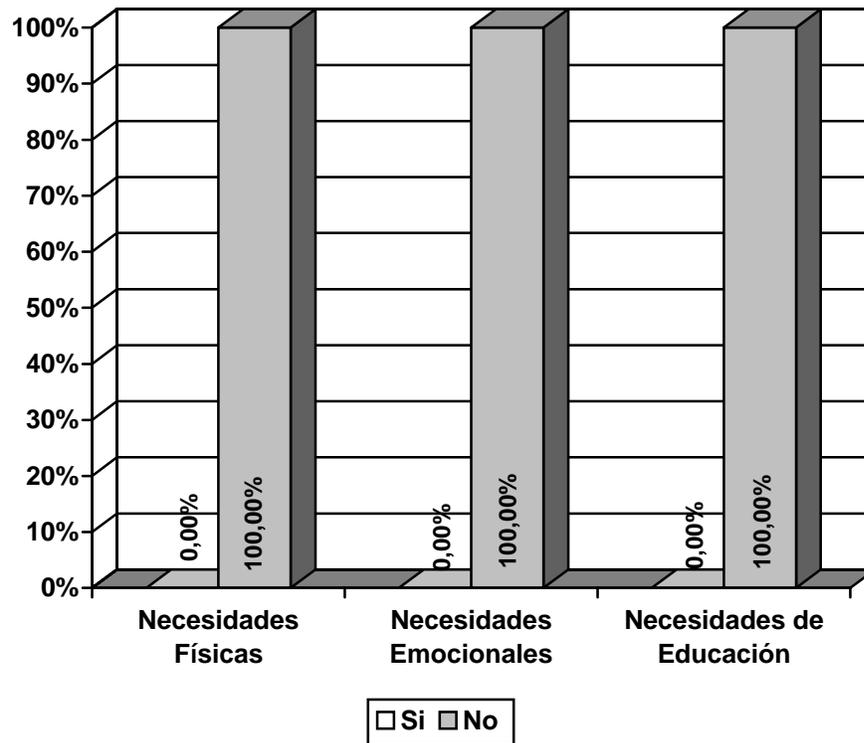
Análisis e Interpretación

Necesidades Físicas. De acuerdo con la observación aplicada se pudo identificar que el 100% del profesional de enfermería observado considera que no ofrece las acciones indispensables para la comunidad de la familia del paciente infartado, descuidando este elemento tan importante para la recuperación de l paciente.

Necesidades Emocionales. Las tendencias demuestran la ausencia de apoyo por parte del profesional de enfermería en cuanto a la satisfacción de las necesidades emocionales de los pacientes con infarto al miocardio, demostrándose una vez la importancia de resaltar el uso de la relación de ayuda.

Necesidades de Educación. En función de los resultados obtenidos existe un descuido por parte del profesional de enfermería de atender las necesidades de educación del paciente, dejando en ocasiones preguntas sin respuesta en los pacientes.

Gráfico 4. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital central de Maracay. Indicador: Apoyo. Subindicadores: Necesidades Físicas, Necesidades Emocionales y Necesidades de Educación



Fuente: Cuadro 4

Cuadro 5. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay, entorno a la Relación de Ayuda.

Ítems	Si		No	
	F	%	F	%
Interacción	13,83	38,41	21,16	61,58
Comunicación	15,19	42,19	20,81	57,81
Aceptación	8,3	32,41	24,3	67,59
Apoyo	0	0	36	100

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2006)

Análisis e Interpretación

Interacción. En base con las observaciones efectuadas y los resultados obtenidos de los subindicadores Rapport, empatía y confianza, se puede indicar que el 61,58% de los profesionales no emplean la interacción entre los pacientes infartados y el profesional de enfermería, dejando claro la ausencia de relación de ayuda efectiva.

Comunicación. Las tendencias demuestran que el 57,81% del profesional de enfermería no emplean los recursos o medios de comunicación adecuados para establecer el intercambio de informaciones o simplemente conocer las necesidades de sus pacientes, dejando sin efecto recursos como el lenguaje corporal, el uso del silencio, el uso de la palabra y el contacto físico, menospreciándose el aporte de estos en el proceso de recuperación y estadía de los pacientes infartados en el Hospital Central de Maracay.

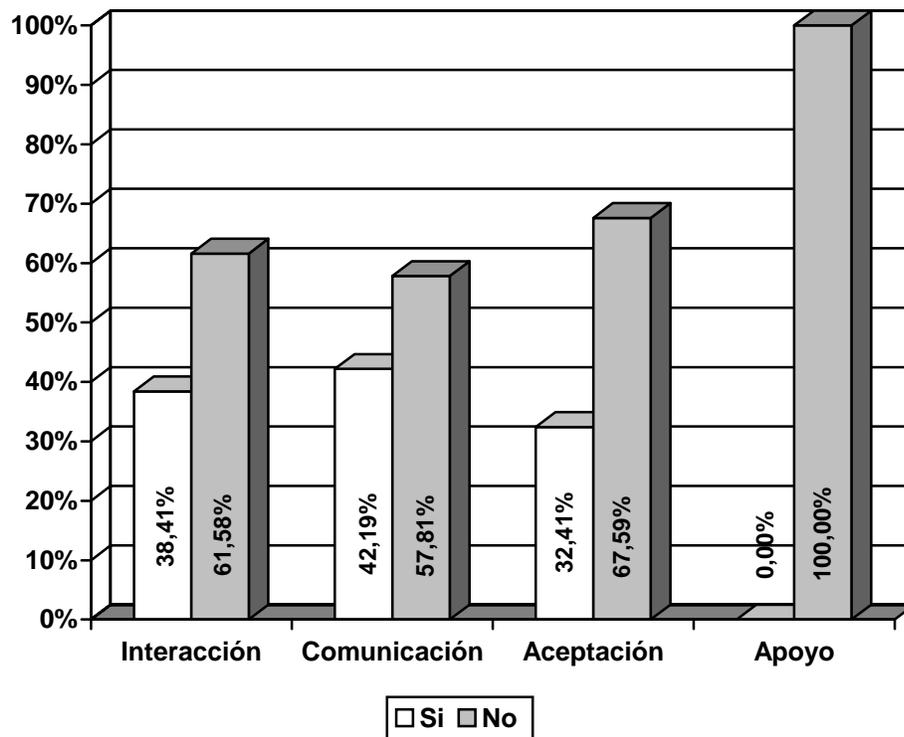
Aceptación. Se pudo identificar el descuido en los niveles de aceptación de la condición de los pacientes infartados por parte de los profesionales de enfermería, quienes no consideran como elemento de la relación paciente – enfermera la presencia del respeto, comprensión y autenticidad.

Apoyo. Finalmente el apoyo fue el indicador donde se mostró las deficiencias en las actuaciones de los profesionales de enfermería, quienes no toman en

consideración a la hora de atender a los pacientes infartados sus necesidades físicas, emocionales y de educación.

Finalmente, se puede evidenciar que en la unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital Central de Maracay, los profesionales de enfermería Profesional a través de sus cuidados, no establecen una relación de ayuda, trayendo consigo deficiencias en la forma interacción, comunicación, aceptación y apoyo entre ellos u los pacientes infartos que asisten a esta unidad.

Gráfico 5. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay, entorno a la Relación de Ayuda



Fuente: Cuadro 5

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Luego de realizado el análisis e interpretación de la guía de observación se llevo a la siguiente conclusión:

En la identificación de la relación de ayuda utilizado por los profesionales de enfermería con los pacientes con infarto al miocardio, se pudo conocer que los profesionales de enfermería no emplean recursos para lograr una comunicación efectiva con el paciente. Sin mencionar, que los resultados obtenidos de los subindicadores Rapport, empatía y confianza, indicaron que el 61,58% de los profesionales descuidan su interacción con los pacientes infartados, dejando claro la ausencia de relación de ayuda efectiva.

Asimismo, en cuanto a la comunicación dentro de la relación de ayuda entre los profesionales de enfermería y pacientes con infarto al miocardio se puede indicar las tendencias demuestran la no utilización de recursos o medios de comunicación adecuados para establecer el intercambio de información o simplemente conocer las necesidades de sus pacientes, dejando sin efecto recursos como el lenguaje corporal, el uso del silencio, el uso de la palabra y el contacto físico, menospreciándose el aporte de estos en el proceso de recuperación y estadía de los pacientes infartados en el Hospital Central de Maracay.

Con referencia a la aceptación dentro de la relación de ayuda, se demostró por parte de los profesionales de enfermería la ausencia de respeto, comprensión e inclusive autenticidad en su trato diario con los pacientes infartados de la unidad, dejando claro el desapego y la poca interacción de los nuevos profesionales a la hora de efectuar su trabajo.

De igual forma, en el apoyo de los pacientes con infarto al miocardio por parte de los profesionales de enfermería se visualiza un descuido total de la relaciones de ayuda, restándole importancia a satisfacer las necesidades físicas, emocionales y educativas de los pacientes recluidos en la unidad de emergencia de adultos del hospital.

Asimismo, la capacidad de intervenir en el momento justo, el modo de formular preguntas (abierto, cerrado, hipotético, entre otros.), la gestión del silencio, el uso de las técnicas comunicativas (reflejar, afianzar, reformular, parafrasear, recapitular, focalizar, aclarar, personalizar, entre otros.), además de la equilibrada modulación de directividad y no directividad, la identificación de eventuales transferencias son todas habilidades interpersonales requeridas en una intervención de relación de ayuda.

Recomendaciones

Para apoyar las conclusiones, se sugieren las siguientes acciones:

Incentivar el desarrollo de talleres para la capacitación del profesional de enfermería, en cuanto al uso de la inteligencia emocional en la atención de los pacientes, en especial referencias a los que presentan enfermedades de tipo cardiovasculares como el caso del infarto al miocardio.

Crear políticas que permitan una mejor utilización de los recursos de los centros de salud, en función del proceso de interrelación del profesional de enfermería y los pacientes con infarto al miocardio, ya que de esta forma se contribuye con la eficacia de los tratamientos y de la aceptación de sus efectos colaterales

Aumentar la supervisión de las actividades de los profesionales de enfermería por parte de los coordinadores, con el fin de detectar las fallas y aplicar correctivos en los cuidados de enfermería, evitando así complicaciones en los pacientes con infarto desde el momento que ingresa al Hospital.

Reestructurar la asignación de las funciones administrativas al personal, a fin de no entorpecer el trabajo del profesional de enfermería.

Incluir dentro de la formación de los profesionales de enfermería elementos como la relación de ayuda y la formación de valores que permita el ejercicio de sus funciones con mayores niveles de calidad y efectividad.

Finalmente, la formación del profesional de la salud debe estar comprometida con una educación en valores, que le ayude a construir e integrar el conocimiento, lo ético y lo moral en el desarrollo de su ejercicio profesional. Es por ello que en su aprendizaje debe vivir experiencias que promuevan el fortalecimiento de los mismos, el respeto a los derechos y libertades fundamentales, adquiera hábitos de convivencia, para que en el futuro sea capaz de brindar a las personas una atención integral independiente del ámbito de su trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, T (1991) *ABC de las Relaciones Públicas*. Interamericana. Ed. McGRAW-HILL. 3ª edición. México.
- ALMADA D. y CARRILLO E. (2004) *Rol de la enfermera en el cuidado de pacientes y familiares que asisten al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de Maracay (HCM)*. Trabajo presentado en la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros.
- ANDRADE, F (2005) *El camino del ser*. Publicado en el N° 18 de la Revista ALCIONE
- ARÍAS, F. (2001). *El Proyecto de Investigación*. Guía para su Elaboración. Caracas, Venezuela. Consultores Asociados B. L. Servicios Editorial. Tercera edición.
- ÁVILA, A.; PÉREZ, X. Y PINTO, D. (2005) "*Calidad de los Cuidados de Enfermería y su Relación en la Satisfacción de las Necesidades Básicas del Usuario*", Carúpano. Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- BALESTRINI, M. (1998). *Como se elabora el Proyecto de Investigación*. Caracas, Venezuela. Consultores Asociados B.L. Servicio Editorial.
- BERMEJO, j (1998). *La Comunicación y la relación de ayuda*. Editorial Sal Térrea Madrid.
- BERMEJO, J. y CARABIAS, R. (1998). *Relación de Ayuda*. Editorial Sal Térrea Madrid.
- BEVIA B y CIBANAL J (1991). *La relación como instrumento básico para Enfermería en todos los niveles de atención*. Enferm Cientif, Número de Revista;117:16-26.
- CARPIO, Z. Y QUINTERO, W. (2004) "*Relación Interprofesional de enfermería y su Efectividad En Pacientes en La Unidad de Hospitalización, Cirugía y Traumatología del Hospital Militar "Cnel Elbano Paredes Vivas"*", Maracay.
- CASTILLO, T. (2002) "*Influencia de algunos factores sobre la Calidad de Atención de Enfermería en Pacientes Adultos con Soluciones de Urgencias*" en el Hospital Ruíz y Páez de Ciudad Bolívar.

- CHIAVENATO, I. (1998). *Introducción a la Administración*. Editorial Mc Graw Hill – Interamericana. México.
- CICOUREL, T. (1989) *La Sociologie Cognitive*, Presses Universitaires de France, París
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA DE VENEZUELA (1999). Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela. Caracas
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999). Gaceta Oficial Extraordinaria 36.860. Fecha de 15 de diciembre de 1999
- COSTA, J (2000) "Qué es la comunicación", artículo en línea, disponible en <http://www.terra.es/personal3/jcostass/cdi1.html> (Fecha de consulta: Febrero de 2007).
- COZIER Bárbara.; BLAIS, Kathen.; ERB. Glenora. Y WILKINSON, Judith (1999) *Comunicación Terapéutica*.
- DURKHEIM, É. (1993) *De la división del trabajo social*, Schapire, Buenos Aires.
- FIDEZ, J.; TRUJILLO, E.; SACALUGA, R.; MARCHAL. M.; IGLESIAS, M. Y GARCÍA A. (2004) "El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de Enfermería" en España.
- FLAMES, E. (2001) *Metodología de la Investigación Holística*. Editado por Fundación Sypal. Caracas
- FONTANALS RIBAS A, COLELL BRUNET R Y RIUS TORMO P (1998) Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. Rev ROL Enferm 190:67-71.
- GALINDO, J (2001) *De la sociedad de información a la comunidad de comunicación. La cibercultura en evolución a través de la vida social de las tecnologías de información y comunicación*", artículo en línea, disponible en <http://www.geocities.com/arewara/arewara.htm> (Fecha de consulta: Febrero de 2007).
- GROSS, R (1998). *Comunicación Terapéutica*. Madrid, Sal Térrea
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ C. y BAPTISTA, P. (1998) *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.

- KUDER Y RICHARSON (2000). Estadística descriptiva en la investigación científica. Guía Metodológica. Adaptaciones efectuadas por la Universidad de los Andes. Editorial Panapo. Mérida. Venezuela.
- LEY ORGÁNICA DE SALUD (1999). Gaceta Oficial N° 36. 579. de fecha de 11 de noviembre de 1998. Caracas / Venezuela.
- MARRINER A, RAILER M (1999). Modelos y teorías en enfermería. 4ª edic. Madrid: Harcourt Brace.
- MARRINER, A. (1995) *Modelos y Teorías en enfermería*. 3^{era} Edición. Editorial Mosby – Doima. España.
- MASLOW, W (1991) Teoría de las Necesidades citadas por Marriner, A. (1995) *Modelos y Teorías en enfermería*. 3^{era} Edición. Editorial Mosby – Doima. España
- MAX WEBER (1977) *Economía y Sociedad*, Fondo de Cultura Económica, México.
- MC QUUALI, J. (1991) *Comunicación y Salud*. 3^{era} Edición. Editorial Mosby – Doima. España.
- MÉNDEZ, C. (2001) *Metodología*. Editorial McGraw Hill Interamericana. México.
- MÉRIDA, A. (1998), MC. Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. *Enferm Clínica*, 1998;8(1): 24-28.
- MILLA, F. y ZAMBRANO.C. (2000) *Evaluación del Desempeño de las Enfermeras de Atención Directa y la Satisfacción Laboral en el Hospital "Plácido Daniel Rodríguez Rivero" de San Felipe*.
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (MSDS, 2001). Dirección de Cardiologica. [Documento en Línea]. Disponible en : www.msds.gov.ve
- MORENO, A.; HERNÁNDEZ, D. Y MILLÁN, Y. (2005) " *Comunicación Asertiva y su Relación con la Toma de Decisiones de la Enfermera de atención Directa*", San Cristóbal. Trabajo Especial de Grado de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas
- MORLES, E. (1997). *Metodología de la Investigación*. Editorial Acribia. España
- NARANJO A (2006) *El respeto*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.ctv.es/USERS/seip/guada8.htm>. (Consultado: febrero, 15, 2007)
- NIKLAS L (1993), *La comunicación y el personal*. Limusa Grupo Noriega Editores

- NUÑEZ, X. (2005) Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USALA ño I N° 3 Septiembre 2005. disponible en: <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-3-02.htm>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS; 2001). Informe cardiologico; [Documento en Línea]. Disponible en: www.oms.org.ve.
- PALELLA S. y MARTINS P. (2004). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas. Venezuela
- PARRA, B.; PEÑA, N.; PINTO, M. Y ROSALES, R. (2005) "*Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz*" San Cristóbal, estado Táchira.
- ROBBINS, S (1996) *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México
- ROS, L. (2003) *Relación y Comunicación*. Editorial DAE. España.
- ROS, L. (2005). Ayuda Psicológica. Rapport (acompañamiento). Documento en línea. Disponible en: <http://www.pnlnet.com/chasq/a/10>
- RUIZ, N (1997) *Lengua y Comunicación*. Caracas Universidad Nacional Abierta. Venezuela.
- SEPÚLVEDA y Colaboradores (1998). *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*, Madrid: Alhambra
- SHELLY, J.A. y FISH, A (2001). Spiritual Care.En B. Kozier et al., Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. México, Interamericana.
- SIERRA, R. (1995) *Tesis Doctorales y trabajos de investigación científica*. Editorial Paraninfo Caracas.
- STOLL, L. (2000), *The essence of spirituality*. In Carson (Ed.), *Spiritual dimensions nursing practice*. Philadelphia, W.B. Saunders
- TAMAYO, J. y TAMAYO Marin. (2001). *El proceso de la Investigación Científica, Fundamentos de Investigación. Manual de Evaluación de Proyectos*. México Limusa Grupo Noriega Editores

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (2004).
Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales.
Fondo Editorial de la Universidad Pedagógico Experimental Libertador. Caracas.
Venezuela.

WEBER, M (1977) *Economía y Sociedad*, Fondo de Cultura Económica, México.

ANEXOS

A. INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA

**GUÍA DE OBSERVACIÓN
DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN
EN LA UNIDAD CLÍNICA DE EMERGENCIA DE ADULTOS, CON EL FIN
DE RECABAR INFORMACIÓN SOBRE LA RELACIÓN DE AYUDA
PROPORCIONADA A LOS PACIENTES CON INFARTO AL
MIOCARDIO EN EL HOSPITAL CENTRAL
DE MARACAY**

Autoras:
García, Miriam
Laya, Lidia
Trejo Darcy

Tutora: Dra. Antonieta Lombardi

Maracay, Octubre de 2006

A continuación se presentan una serie de acciones relacionadas con **RELACIÓN DE AYUDA QUE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESTABLECE CON LOS PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN LA UNIDAD CLÍNICA DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.** Este es el Instrumento de Recolección de Datos que contiene preguntas cerradas; este constituye la base para el análisis de la situación actual en la Emergencia de Adultos del Hospital Central de Maracay, lugar objeto de objeto de estudio.

Los datos observados solo serán conocidos y procesados para los fines de esta investigación, por lo que se empleara objetividad y veracidad en la visualización de las acciones efectuadas por los profesionales de enfermería.

Las Autoras

Instrucciones de Uso

- Marque con una equis (X) la alternativa que se corresponda con la actuación de los profesionales de enfermería de la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Central de Maracay.

- En caso de presentarse otras informaciones que se consideren relevantes para la investigación serán incluidas al final de la guía de observación.

N	Descripción	Si	No
1	El profesional de enfermería se comporta de forma armónica al acercarse al paciente infartado		
2	El profesional de enfermería se asegura que al paciente infartado no le incomoda el contacto físico para realizarlo		
3	El profesional de enfermería se comporta de forma empática al acercarse al paciente infartado		
4	El profesional de enfermería es capaz de experimentar expresivamente al acercarse al paciente infartado		
5	El profesional de enfermería crea un ambiente de seguridad al acercarse al paciente infartado		
6	El profesional de enfermería se le nota apurado al dar respuesta a las inquietudes del paciente infartado		
7	El profesional de enfermería reconoce los gestos que presenta el paciente infartado		
8	El profesional de enfermería reconoce las posiciones corporales que toma el paciente infartado		
9	El profesional de enfermería toma una posición cómoda al acercarse al paciente infartado.		
10	El profesional de enfermería se le ve apurado al acercarse al paciente infartado.		
11	El profesional de enfermería se le nota incómodo al dar respuestas a las inquietudes del paciente infartado		
12	El profesional de enfermería se queda callado cuando el paciente infartado plantea algo para darle tiempo de que lo comprenda.		
13	El profesional de enfermería repregunta cuando el paciente infartado plantea algo para darle tiempo a que el paciente le responda por sí solo		
14	El profesional de enfermería utiliza un tono de voz agradable al comunicar algo al paciente infartado		

N	Descripción	Si	No
15	El profesional de enfermería manifiesta interés a los planteamientos que hace el paciente infartado o a su familia		
16	El profesional de enfermería palmea en el hombro al paciente infartado cuando se encuentra cerca de él		
17	El profesional de enfermería admite los planteamientos hechos por el paciente infartado		
18	El profesional de enfermería atiende lo que le plantea el paciente infartado		
19	El profesional de enfermería alcanza a entender los planteamientos hechos por el paciente infartado		
20	El profesional de enfermería reconoce los sentimientos que manifiesta al paciente infartado		
21	El profesional de enfermería ofrece las acciones indispensables para la comodidad de la familia del paciente infartado		
22	El profesional de enfermería brinda seguridad al acercarse al paciente infartado		
23	El profesional de enfermería crea un ambiente de calma al acercarse al paciente infartado		
24	El profesional de enfermería ofrece alternativa para minimizar la consternación del paciente infartado		
25	El profesional de enfermería está pendiente de brindar la información indispensable para la comprensión de la nueva situación del paciente infartado		
26	El profesional de enfermería está pendiente de chequear el entendimiento de la información dada al paciente infartado las acciones indispensables para el restablecimiento de su vida normal		

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Elba Elena Suárez en mi carácter de experto en:
Ética en Enfermería certifico que he leído y revisado el
instrumento de recolección de datos de la investigación que desarrollan las TSU
García Mirian, Laya Lidia y Trejo Darcy, en su Trabajo Especial de Grado
"RELACIÓN DE AYUDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN LA UNIDAD CLÍNICA
DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE
MARACAY, 2006", el cual considero reúne los requisitos de validez.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de _____
_____ a los _____ días del mes de _____ del año 2006.

Elba Elena Suárez
Nombre: _____
C.I.: 1845769

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Carmen A. Vallentín en mi carácter de experto en:
Enfermería Clínica certifico que he leído y revisado el instrumento de recolección de datos de la investigación que desarrollan las TSU García Mirian, Laya Lidia y Trejo Darcy, en su Trabajo Especial de Grado "RELACIÓN DE AYUDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN LA UNIDAD CLÍNICA DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, 2006", el cual considero reúne los requisitos de validez.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de Caracas
a los 30 días del mes de Mayo del año 2006.


Nombre: _____
C.I.: 3425 035

Maracay, Julio de 2006

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Juanas Ruiz de Acasio en mi carácter de experto en:
Salud Mental certifico que he leído y revisado el
instrumento de recolección de datos de la investigación que desarrollan las TSU
García Miriam, Laya Lidia y Trejo Darcy, en su Trabajo Especial de Grado
"RELACIÓN DE AYUDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN LA UNIDAD CLÍNICA
DE EMERGENCIA DE ADULTO DEL HOSPITAL CENTRAL DE
MARACAY, 2006" el cual considero reúne los requisitos de validez.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de
Maracay a los 18 días del mes de Julio del año 2006.

Dr. Juanas Ruiz de Acasio

Nombre:

C.I.: 4109572

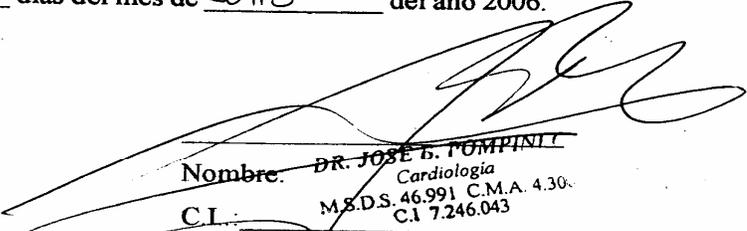
Maracay, Julio de 2006

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, JOSE B. POMPINI CUENO en mi carácter de experto en:
CARDIOLOGIA certifico que he leído y revisado el
instrumento de recolección de datos de la investigación que desarrollan las TSU
García Miriam, Laya Lidia y Trejo Darcy, en su Trabajo Especial de Grado
"RELACIÓN DE AYUDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN LA UNIDAD CLÍNICA
DE EMERGENCIA DE ADULTO DEL HOSPITAL CENTRAL DE
MARACAY, 2006" el cual considero reúne los requisitos de validez.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de
Maracay a los 21 días del mes de Julio del año 2006.



Nombre. DR. JOSÉ B. POMPINI
Cardiología
M.S.D.S. 46.991 C.M.A. 4.30.
C.I. 7.246.043

Maracay, Julio de 2006

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Dora Evar en mi carácter de experto en:
Medicina crítica certifico que he leído y revisado el
instrumento de recolección de datos de la investigación que desarrollan las TSU
García Miriam, Laya Lidia y Trejo Darcy, en su Trabajo Especial de Grado
"RELACIÓN D AYUDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO EN LA UNIDAD CLÍNICA
DE EMERGENCIA DE ADULTO DEL HOSPITAL CENTRAL DE
MARACAY, 2006" el cual considero reúne los requisitos de validez.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de
Maracay a los 21 días del mes de Julio del año 2006.

Dora Evar

Nombre:

C.I.: 5465669

B. CONFIABILIDAD

Cuadro 6
Matriz de Validación

Ítem s Suje tos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
3	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
7	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
P	0.7	0.8	0.8	0.8	0.9	1	0.8	0.7	0.7	0.8	0.6	0.9	0.7	0.6	0.9	0.8	0.6	0.8	0.7	0.8	0.8
Q	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0	0.2	0.3	0.3	0.2	0.4	0.1	0.3	0.4	0.1	0.2	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2
P*q	0,21	0,16	0,16	0,16	0,09	0	0,16	0,21	0,21	0,16	0,24	0,09	0,21	0,24	0,09	0,16	0,24	0,16	0,21	0,16	0,16

Cuadro N° 2
Matriz de Validación.

Ítems Sujetos	22	23	24	25	26	Σ
1	1	1	1	1	1	22
2	0	1	1	1	1	20
3	1	0	0	0	1	12
4	0	1	1	1	1	21
5	1	1	1	1	1	22
6	1	1	1	1	1	23
7	1	0	0	0	1	12
8	1	1	1	1	1	24
9	1	1	1	1	1	26
10	0	1	1	1	1	21
P	0.7	0.8	0.8	0.8	1	Vitems= 22,01
Q	0.3	0.2	0.2	0.2	0	
P*q	0,21	0,16	0,16	0,16	0	Vt=0.17

Coefficiente de Confiabilidad de Kuder y Richardson

$$r_n \frac{n}{n-1} * \left[\frac{Vt - \sum_i p * q}{Vt} \right]$$

$$r_{26} \frac{26}{26-1} * \left[\frac{22,01 - 0,17}{22,01} \right]$$

$$\alpha = 1,0416 * [0,95] = 0,9846$$